

# KOLMANNEN SEKTORIN MONET KASVOT

Alkoholi- ja Yhteiskuntapolitiikka -lehtien välittämä kuva kolmannesta sektorista  
päihdepalveluissa 1970–2013

HANNA LAHDENMÄKI  
Tampereen yliopisto  
Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö  
Sosiaalitieteet  
Pro gradu-tutkielma  
Huhtikuu 2016

# TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö

LAHDENMÄKI, HANNA: KOLMANNEN SEKTORIN MONET KASVOT. Alkoholi- ja Yhteiskuntapolitiikka -lehtien välittämä kuva kolmannesta sektorista päihdepalveluissa 1970–2013.

Pro gradu -tutkielma, 98 s., 6 liites.

Ohjaaja: Ritva Nätkin

Sosiaalipolitiikka

Huhtikuu 2016

---

Kolmas sektori on merkittävä toimija Suomen päihdepalveluissa. Tässä tutkielmassa tarkastellaan, millaisia erialaisia rooleja kolmannella sektorilla on 1970-luvulta lähtien ollut ja miten roolit ovat muuttuneet. Kolmannen sektorin toiminnalla on vaikutuksensa päihdepalvelujen kehitykseen. Toisaalta yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset lainsäädännössä ja taloudellisessa tilanteessa ovat vaikuttaneet kolmannen sektorin toimintaan.

Tutkielma on aineistolähtöinen. Aineisto koostuu Alkoholi- ja Yhteiskuntapolitiikka -lehtien tutkimusartikkeleista 1970-luvulta vuoden 2013 loppuun. Yhteensä aineistossa on 124 kappaletta 5–10 sivun artikkeleita, joissa jokaisessa on mukana jokin päihdehoitoa tarjoava kolmannen sektorin toimija. Aineiston järjestämisessä ja analysoinnissa on käytetty apuna Harvey Sacksin kehittämää jäsenyysskategorisaatiota. Aineistoa on tarkasteltu kategoriaparien avulla. Tuloksissa kuvaillaan kolmannen sektorin toimintaa inhimillisyyden, ideologisuuden, kehittämisen, laadukkuuden ja talouden näkökulmista.

Kolmas sektori osallistuu keskusteluun sekä järjestää ja kehittää päihdepalveluita. Kolmannen sektorin toiminnasta löytyy osittain yhteneväisiä piirteitä. Kolmannen sektorin toimijat ovat inhimillistäneet päihdepalveluita tarjoamalla laajalla rintamalla vapaaehtoisia avopalveluita, mikä näkyy 1970-luvun artikkeleissa. Kolmannen sektorin päihdepalvelut perustuvat pääsääntöisesti psykososiaaliselle tuelle. Kehittäminen on ollut voimakkainta 1980- ja 1990-luvuilla, jolloin kehitettiin erilaisia terapiamuotoja ja AA-ideologiaan perustuvaa Minnesota-hoitoa.

Kolmannen sektorin toimijoiden roolit ovat osittain myös hyvin erilaisia. Tämä näkyy merkittävimpinä toimijoina aineistoissa esiintyvien A-klinikan ja AA:n toimintatavoissa. Tavoitteiden osalta päihdehoidon ideologia hajaantuu eri toimijoiden välillä 1980-luvun taitteessa, kun A-klinikka tuo AA:n kannattaman täysraittisuuden rinnalle tavoitteen kontrolloidusta alkoholin käytöstä. A-klinikat panostavat koulutukseen ja korkeaan ammatilliseen profiiliin, kun taas vertaisryhmät luottavat yhteisöihin ja vapaaehtoisiiin vertaistapaamisiin. Nämä asettuvat aineistossa voimakkaasti vastakkain. Lisäksi toimijat ovat eri tavoin riippuvaisia ulkopuolisesta taloudellisesta tuesta. Vertaisryhmien riippumattomuus korostuu taloudellisesti vaikeina aikoina 1990- ja 2000-luvuilla. Kolmannen sektorin toimijat ovat laajalla rintamalla kumppaneina erilaisissa projekteissa, mikä näkyy aineistossa 1990-luvulta lähtien.

Asiasanat: kolmas sektori, päihdepalvelut, jäsenyysskategorisaatio

## ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE School of Social Sciences and Humanities

LAHDENMÄKI, HANNA: MANY FACES OF THE THIRD SECTOR. The third sector and the treatment of intoxicant abusers according to publication Alkoholipolitiikka and Yhteiskuntapolitiikka 1970–2013.

Master's Thesis, 98 p., 6 pages of appendices

Supervisor: Ritva Nätkin

Social Policy

April 2016

---

The third sector is a significant actor in the treatment of alcohol and drug abusers in Finland. In this research it is examined, what kind of roles the third sector has had since the 1970s and how those roles have changed. The third sector actors have had a certain effect on the development of treatments of intoxicant abusers. On the other hand legislative and economical changes in the society have affected actions of the third sector.

The study is based on research articles of publications Alkoholi- and Yhteiskuntapolitiikka from 1970 to the end of 2013. The research material consists of 124 articles with 5–10 pages. Each article includes an actor from the third sector providing treatment for alcohol and drug abusers. The Membership Category Device (MCD), developed by Harvey Sacks, was used to organise and analyse the material. The material was examined with the help of category pares. In the results the actions of the third sector are described from the angles of humanity, ideology, developing, quality and economy.

The third sector actors take part in discussion and organise and develop the treatment of intoxicant abusers. The actors have many common features. The actors have made the services of the intoxicant abusers more humane by offering voluntary non-institutional care, which can be seen in the articles of the 1970s. Care is based on psychosocial support, which was developed strongly during the 1980s and 1990s. Different kinds of therapy methods and Minnesota-care based on AA-ideology were developed at that time.

On the other hand, the roles of the third sector actors differ in many ways. This can be seen in the ways if actions among the most significant actors i.e. AA-klinikka and AA-groups. Concerning the priorities the ideologies began to diverge by the turn of the 1980s, when the A-klinikka introduced the idea of controlled use of alcohol to replace the idea of abstinence promoted by the AA-groups. A-klinikka emphasizes the role of education and high professional profile, while the AA-groups are based on communities and voluntary peer support. These different views confront each other strongly in the articles. In addition the actors are dependent on external funding in different ways. Independency of the peer groups was emphasized during the years of economical recession on the 1990s and 2000s. The third sector actors are widely co-operating in different kinds of projects, which can be seen in the articles since the 1990s.

Key words: third sector, the treatment of intoxicant abusers, Membership Category Device

## Sisälllys

<b>1</b>	<b>JOHDANTO.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>PÄIHDETUTKIMUS SUOMESSA .....</b>	<b>5</b>
2.1	Alkoholin kulutus, haitat ja politiikka .....	6
2.2	Huumeiden käyttö, haitat ja politiikka .....	10
<b>3</b>	<b>PÄIHDEPALVEUT .....</b>	<b>13</b>
3.1	Päihdepalvelujen kehitys.....	13
3.2	Päihdepalvelut Suomessa .....	16
3.3	Kolmas sektori.....	18
3.4	Päihdejärjestöjen ja -yhdistysten nykytila .....	20
<b>4</b>	<b>TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....</b>	<b>21</b>
4.1	Tieteelliset artikkelit aineistona ja kontekstina ajallinen ulottuvuus.....	22
4.2	Metodologiset valinnat .....	24
4.3	Kategoriatutkimus.....	26
4.4	Analyysin eteneminen.....	29
4.5	Eettisyys aineiston keräämisessä ja analyysissä .....	32
4.6	Kolmas sektori aineistossa lukuina.....	33
<b>5</b>	<b>KOLMANNEN SEKTORIN MUUTTUVAT ROOLIT .....</b>	<b>35</b>
5.1	Inhimillisenä toimijana: vapaaehtoisuudesta valikointiin.....	35
5.2	Ideologisenä keskustelijana: täysraittius vai kohtuus? .....	44
5.3	Päihdehoidon kehittäjänä: psykososiaalisen hoidon ensisijaisuus .....	51
5.4	Laadukkaana toimijana: ammattimaista ja yksilöllistä .....	60
5.5	Kolmas sektori markkinaraossa: kumppanuus, markkinaehtoisuus vai itsenäisyys?.....	67
<b>6</b>	<b>TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETO .....</b>	<b>74</b>
6.1	Kolmannen sektorin roolit muuttuvassa yhteiskunnassa .....	75
6.2	Kolmannen sektorin kahdet kasvot.....	81
<b>7</b>	<b>POHDINTAA .....</b>	<b>85</b>
7.1	Arviointia tutkielman valinnoista .....	85
7.2	Kolmannen sektorin tulevaisuus päihdepalveluissa .....	89
	<b>LÄHTEET .....</b>	<b>93</b>
	<b>LIITTEET.....</b>	<b>99</b>
	Liite 1. ....	99
	Liite 2. ....	104

## KUVIOT

Kuvio 1 Alkoholijuomien kulutus 100-prosenttisena alkoholina asukasta kohti 1960–2012.....	6
Kuvio 2. Päihdepalvelut nelikentässä .....	17
Kuvio 3. Kolmannen sektorin päihdehoidon teoreettinen tausta 1970–2013.....	52
Kuvio 4. Kolmannen sektorin eri roolit markkinoilla .....	68
Kuvio 5. Aineistossa painottuvat roolit eri ajanjaksoina .....	75

## TAULUKOT

Taulukko 1. Tutkimusartikkeleiden määrät, joissa eri kolmannen sektorin toimijoita .....	34
Taulukko 2. Päihdehoitoon liitettäviä ominaisuuksia kategoriapareittain inhimillisyyden näkökulmasta .....	37
Taulukko 3. Kahden erilaisen kolmannen sektorin toimijan roolit päihdepalveluissa .....	81

# 1 JOHDANTO

Tutkielmani on osa yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikön hanketta *Kolmas sektori, valtio ja politiikka: analyysi suomalaisen yhteiskunnan muutoksesta 1970-luvun alusta nykypäivään*.<sup>1</sup> Aineistona hankkeessa on *Alkoholi-* ja *Yhteiskuntapolitiikka* -lehtien vuosikerrat 1970-luvulta lähtien. Kiinnostuin aiheesta, koska opintoni ovat vain hyvin vähän sivunneet päihdepolitiikkaa tai kolmannen sektorin toimintaa. Koska näissä molemmissa oli minulle paljon uutta, uskoin tämän säilyttävän mielenkiinnon pitkään vaativan tutkielman tekemisessä. Ymmärryksen lisääminen päihdepolitiikasta ja -palveluista sekä järjestökentän laajuuden hahmottaminen on eduksi useissa sosiaalipoliittisissa tehtävissä.

Tutkielmassa tarkastellaan kolmannen sektorin erilaisia rooleja ja niiden muutosta päihdepalveluissa vuosien 1970–2013 välillä. Kolmas sektori on ollut keskeisessä roolissa päihdepalveluiden kehityksessä, mutta toisaalta yhteiskunnalliset muutokset ovat vaikuttaneet kolmannen sektorin rooleihin. Pohjoismainen hyvinvointivaltio perustuu edelleen valtion ja kuntien vastuuseen. Tavoitteena ovat universaalit palvelut, jotka takaavat alueellisen ja sosiaalisen tasa-arvon. Eriarvoisuus ja työttömyys ovat kuitenkin lisääntyneet, eivätkä julkiset palvelut ole pystyneet vastaamaan tarpeeseen. (Matthies 1996, 11–24.) Leikkaukset ja palvelujen tarpeen lisääntyminen ovat osaltaan aiheuttaneet painetta muutokseen hyvinvointipalvelujen järjestämisessä (Eronen ym. 2013, 11). Suuntauksena on yritysten, yhteisöjen ja järjestöjen vastuun lisääminen (Helne & Laatu 2006, 15). Päihdepalveluiden järjestövastuu onkin kasvanut ajanjakson lopussa entisestään. 1980-luvun lopulta lähtien valtio on luopunut tuotannosta ja kunnat sisällöllisestä hallinnasta. 2000-luvun alussa reilusti yli puolet päihdehuollon erityispalveluista tuotettiin järjestöissä ja erikoistuneista huumepalveluista 60 %. (Kaukonen 2002, 154–161.)

Kansalaistoiminnan lisäämisestä toivotaan ratkaisua julkisen sektorin vajeeseen ja tavoitteena on kolmannen sektorin merkityksen kasvattaminen. Uutena yhteistyön muotona voidaan nähdä julkisen ja kolmannen sektorin kumppanuus, mikä sisältää kansalaistoiminnan tehostamisen. Tässä nähdään vaarana kuitenkin se, että kunnat sanelevat kolmannen sektorin toiminnan, mikä ei ole aitoa kumppanuutta. (Koskiahho 2014, 159–173.) Toisaalta kolmannen sektorin ajatellaan olevan joustavampi ja kykenevän muuttumaan nopeammin tarpeita vastaavaksi. Julkisten palveluiden

---

<sup>1</sup> Koneen säätiö on rahoittanut Hannele Palukan, Tiina Tiilikan ja Petra Auvisen hanketta vuosina 2013–2015.

roolin pienentämistä perustellaan myös kansalaisten autonomian, valinnanvapauden, joustavuuden ja asiakaslähtöisyyden lisääntymisellä. (Matthies 1996, 11–24.)

Muutokset yhteiskunnassa eivät kuitenkaan vaikuta kaikkiin kolmannen sektorin toimijoihin samalla tavalla. Osa järjestöistä on enemmän riippuvaisia taloudellisista avustuksista ja palvelusopimuksista kuin toiset. Kaikki kolmannen sektorin toimijat eivät tuota ammatillista erityisosaamista vaativia sosiaali- ja terveyspalveluja. Järjestöt voivat olla mukana esimerkiksi vaikuttamis- ja edunvalvontatoiminnassa, jolla pyritään edistämään palvelujen saatavuutta ja laatua sekä turvaamaan ihmisten hyvinvointia. Osa järjestöistä toimii taas vapaaehtoisvoimin ja pelkästään jäsenistölle. Näistä esimerkkeinä ovat oma-apuryhmät, vertaisryhmät sekä erilaista arjen tukea antavat järjestöt. (Eronen ym. 2013, 11–12.)

Järjestöjen rooli päihdepalveluissa on ollut merkittävä jo pitkään ennen sekatalousmallista ja kumppanuudesta käytyä keskustelua, vaikka niiden osuus kunnallisten päihdepalvelujen tuottajina on vaihdellut eri aikoina. Yhteiskunnalliset muutokset vaikuttavat järjestöjen tekemään päihdetyöhön. Hyvinvointivaltion rakentamisen yhteydessä päihdepalveluita kunnallistettiin, kun taas 1990-luvulla korvamerkitty rahoitus lopetettiin kunnilta ja ne saivat itse arvioida palvelujen tarpeen. Kunnat edelleen rahoittavat palvelut, mutta tuottaja voi olla kunnan lisäksi jokin järjestö tai yksityinen yritys tai kunnat voivat järjestää palveluita yhdessä toisten kuntien kanssa. Järjestöjen tekemässä työssä näkyy myös hankkeiden lisääntyminen ja rahoitusta voidaan hakea päihdepalvelujen kehittämiseen tai syrjäytymisen ehkäisyyn. (Kaukonen 2002, 137–154; Koskiahio 2014, 173–176; Möttönen & Niemelä 2005, 181–184.) Lisäksi osa päihdetyötä tekevistä kolmannen sektorin toimijoista on omavaraisia itseapuryhmiä. Kolmannen sektorin toimijoiden joukko on siis hajanainen myös päihdepalveluissa ja yhteiskunnan muutokset vaikuttavat niihin eri tavoin.

Tukeudun tutkielmassani pääosin yhteiskuntatieteelliseen kirjallisuuteen ja pieniltä osin terveystieteellisiin lähteisiin. Kerron päihteiden käytöstä ja muutoksista, joihin voidaan vaikuttaa päihdepolitiikalla. Huumeiden käytön lisääntyminen 1990-luvulla loi tarpeita kehittää huumeiden käyttäjille erikoistuneita palveluita, missä olivat mukana myös kolmannen sektorin toimijat. (Kaukonen 2002, 155–160.) Päihdepalveluita räätälöidään tarpeiden mukaan ja keskeinen asiakaskunta on huono-osaiset miehet, joille tulisi tarjota riittävästi palveluita. Alkoholin kulutus ja siihen liittyvät haitat ovat yhteydessä sosioekonomiseen asemaan ja sukupuoleen (Päihdetilastollinen vuosikirja 2012, 32). Huono-osaisilla miehillä alkoholikuolemiin liittyy usein

väkivalta tai tapaturma. Poliitiikalla voidaan myös vaikuttaa kulutuksen määrään esimerkiksi alkoholin hintaan ja saatavuuteen vaikuttamalla. Hinnan aleneminen ja helppo saatavuus lisäävät kulutusta. Lisäksi alkoholista koituvia haittoja voidaan ehkäistä turvallisuutta lisäämällä, mikä vähentää riskiä väkivaltaan ja tapaturmiin. (Mäkelä, Holmila & Kaukonen 2002, 107–109.) Muutokset päihteiden käytössä vaikuttavat myös päihdepalveluiden tarpeeseen.

Päihteiden käyttö voidaan nähdä järjestys-, tuottavuus-, taloudellisena tai kansanterveysongelmana. Eri aikoina ovat painottuneet erilaiset keinot, joilla päihteiden käyttöön on vaikutettu. Ongelmat ovat paikantuneet oikeudellisesta kysymyksestä sosiaali- ja terveystaloudelliseksi 1980-luvulle tultaessa, kun päihdekontrolli on siirtynyt poliisilta ja vankilaviranomaisilta sosiaali- ja terveydenhuollolle. (Kaukonen 2000, 45.) Suomessa päihteiden käytössä ei siis ole korostunut alkoholismien sairauskäsitys missään vaiheessa, vaan järjestysongelmien hoitamisesta on siirrytty arkisten sosiaalisten ongelmien ratkaisuun (Takala & Lehto 1988, 106–108). Sosiaalipalveluihin kuuluvat päihdepalvelut ovat siis merkittävässä asemassa päihdeongelmien hoitamisessa.

Päihdeongelmista puhuminen on myös muuttunut. Kun 1900-luvun alkupuolella päihdeongelmista puhuttiin vitsauksina, niin nyt puhutaan riskeistä. Tässä välissä päihdeongelmat on nähty myös yhteiskunnallisina ja sosiaalisina ongelmina. (Kaukonen 2002, 144.) Päihdepalveluiden hoitomudossa näkyy, että Suomessa painottuu ajatus päihderiippuvuudesta käytännön sosiaalisten ongelmien seurauksena. Näin ollen päihdepalvelut painottuvat Suomessa sosiaalipalveluihin. Useissa muissa länsimaissa päihderiippuvuutta taas hoidetaan lääkinällisenä sairautena. (Murto 2002, 168.) Se, miten asioista puhutaan ja mistä ongelmien nähdään olevan lähtöisin, vaikuttaa myös ratkaisukeinoihin ja niiden paikkaan palvelujärjestelmässä.

Päihdepalvelujen muutosta voi tarkastella useasta eri näkökulmasta. *Kulttuurinen* ilmapiiri on lähtöisin raittiusliikkeestä ja se muuttuu hitaasti. Nykyään korostetaan enemmän omaa vastuuta ja alkoholikulttuuri on ristiriitainen. Valtaväestölle halutaan vapauksia alkoholin suhteen, mutta toisaalta julkista juomista halutaan hillitä. Myös päihdepalveluissa näkyy ristiriitaisuus, kun ongelmaryhmiin halutaan kohdistaa pakkotoimia, mutta toisaalta vapaaehtoihin palveluihin ei välttämättä pääse. *Sääntelyn ja politiikan* näkökulmasta muutosta voi pohtia politiikan ja talouden suhteen kautta ja miten eri aikoina on päädytty erilaisiin ratkaisuihin. Esimerkiksi 1990-luvulla hajautettiin päätösvaltaa ja suoritteissa siirryttiin laadullisista määrällisiin. Talous on tullut siis yhä



dominoivammaksi päihdepalveluissa. Muutosta voi pohtia myös päihdepalvelujen *toiminnan* kautta, kun tarkastellaan päihdehaittojen ehkäisyn ja korjauksen suhdetta. Päihdepalvelut ovat professionalisoituneet ja eriytyminen ja erikoistumien ovat tulleet keskeisiksi. (Kaukonen 2000, 35–36.)

Tässä tutkielmassa pohdin kolmannen sektorin roolin muuttumista päihdehoidossa 1970-luvulta vuoteen 2013. Aineistona käytän *Alkoholi-* ja *Yhteiskuntapolitiikka* -lehtien tutkimusartikkeleita. Lopullisessa primääriaineistossa on yhteensä 124 kappaletta 5–10 sivun artikkeleita, joissa on mukana jokin päihdehoitoa tarjoava kolmannen sektorin toimija. Olen rajannut tutkielmani koskemaan nimenomaan korjaavaa päihdehoitoa, en ennaltaehkäisevää. Tutkimusartikkelit luovat kuvaa todellisuudesta ja toisaalta myös rakentavat sitä. Tiede on osana todellisuuden luomisessa, ei sen ulkopuolella. (Alasuutari 2007, 233–234.) Aineisto soveltui tutkielmaani, koska lehti ei edusta mitään yksittäistä kolmannen sektorin toimijaa ja tieteellisissä artikkeleissa pyritään objektiiviseen analyysiin. Lisäksi erilaisia kolmannen sektorin toimijoita on mainittu aineistossa useita, vaikka merkittävimpinä erottuvat suurimmat toimijat. Aiheiden ja kolmannen sektorin toiminnan luokittelun ja teemoittelun lisäksi tarkempana metodologisena työkaluna olen käyttänyt Harvey Sacksin kehittämää jäsenyysskategorisaatiota. Sen avulla olen tarkastellut aineistosta erilaisia kolmannen sektorin toimintaan liitettyjä ominaisuuksia, kategorijoukkoja ja kategoriapareja. Nämä ovat auttaneet ajallisen muutoksen hahmottamista kolmannen sektorin päihdetyössä.

Käsittelen seuraavaksi luvussa 2 laajempänä kontekstina Suomessa tehtyä päihdetutkimusta: alkoholin ja huumeiden käytön kulutusta, haittoja ja politiikkaa. Siirryn luvussa 3 lähemmäs tutkielmani kohdetta eli päihdepalveluita ja niiden kehitystä ja järjestämistä Suomessa. Keskeisin käsite tutkielmassani on kolmas sektori, jolle löytyy useita erilaisia ulottuvuuksia. Kerron lisäksi päihdeyhdistysten ja -järjestöjen nykytilasta. Ennen tuloksia käsittelen neljännessä luvussa tutkimustehtävän toteuttamisesta tarkemmin tutkimuskysymysten esittelyn jälkeen. Kerron aineistosta, metodologisista valinnoista, analyysin etenemisestä ja tutkimuseettisistä seikoista, joita jouduin pohtimaan. Siirryn myös jo aineiston tarkempaan esittelyyn, kun tarkastelen lukuina myös aineistossa esiintyviä kolmannen sektorin toimijoita. Aineistolähtöisenä tutkielmana työn pääpaino on tuloksissa. Ensimmäisessä tulosluvussa 5 kuvailen viidestä eri näkökulmasta, miten aineistossa näkyy kolmannen sektorin roolien muutos. Toisessa tulosluvussa 6 vedän tuloksia yhteen ajallisesti peilaten tuloksia yhteiskunnalliseen ja päihteiden käytössä tapahtuneisiin muutoksiin sekä kahden

merkittävimmän kolmannen sektorin toimijan näkökulmasta. Luvussa 7 arvioin tutkimukseni valintoja ja päihdepalveluiden tulevaisuutta tuloksien valossa.

## 2 PÄIHDETUTKIMUS SUOMESSA

Päihdepalveluiden kehityksen ymmärtämiseksi kerron tässä luvussa päihteiden käytön ja niihin liittyvän lainsäädännön kehityksestä. Päihteisiin liittyvää tutkimusta on tehty paljon. Alkoholin juomatapatutkimuksia on tehty aina vuodesta 1968 säännöllisesti 8 vuoden välein. Tutkimuksissa on selvitetty suomalaisten asenteita sekä käyttömääriä ja -tapoja alkoholiin liittyen. Myöhemmin mukaan tuli riippuvuutta aiheuttavien huumeiden käytön ja rahapeliongelmien tutkiminen. Huumetilanteesta tehtyjä väestökyselyjä on tehty vuodesta 1992, kun huumeiden käyttö 1990-luvulla yleistyi. (Hakkarainen ym. 2011, 400.)

Tutkimuksissa on selvitetty myös päihdepolitiikan vaikutuksia kulutukseen ja millaisia haittoja käytöstä seuraa. Päihdehaitat voi jakaa akuutteihin ja kroonisiin haittoihin. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat muun muassa tapaturmat ja onnettomuudet, kun taas jälkimmäiseen kuuluvat haitat liittyvät pitkäaikaiseen päihteiden käyttöön. (Mäkelä ym. 2010, 20.) Tutkimukseni kannalta oleellisia ovat juuri suurkuluttajat ja ongelmakäyttäjät, koska he ovat päihdepalveluiden kohderyhmä.

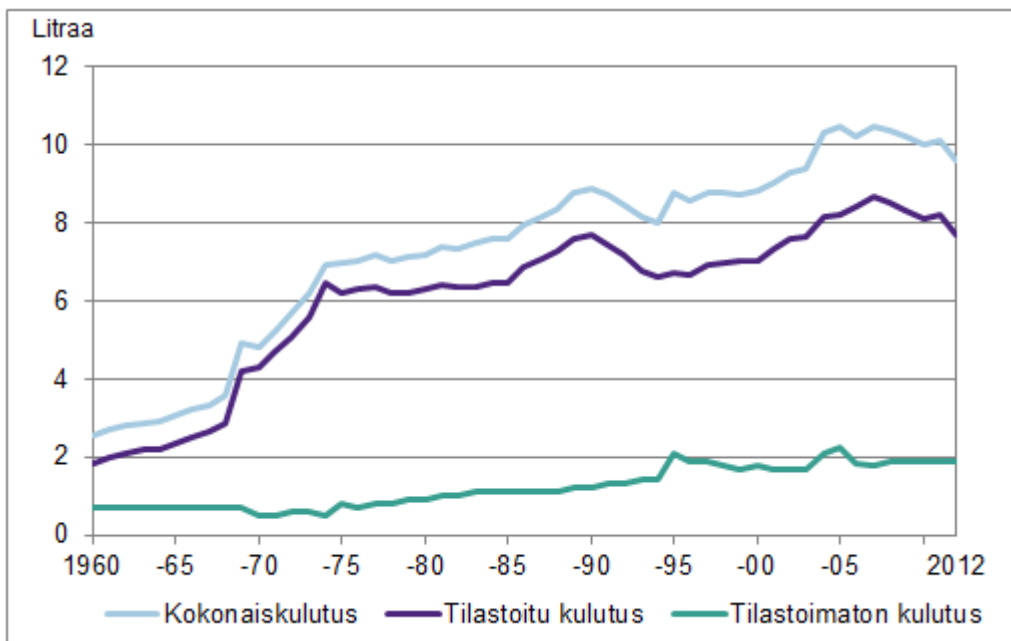
Päihteiden käyttäjät voidaan jakaa kolmeen ryhmään: alkoholin, huumeiden ja sekakäyttäjiin. Lisäksi lääkkeiden väärinkäyttö on yleistä päihteiden suurkuluttajilla. Se onkin kannabiksen jälkeen yleisintä laitonta päihteiden käyttöä. Sekakäyttöön kuuluva alkoholin ja huumeiden yhteiskäyttö on myös yleistä. Riskijuominen on yleisempää huumeiden käyttäjillä kuin muilla. (Hakkarainen ym. 2011, 401–404.) Käytän työssäni pääsääntöisesti termiä päihde, jonka käyttäjillä tarkoitan alkoholin ja huumeiden käyttäjien lisäksi sekakäyttäjiä, vaikka heitä en tarkemmin esittelekään.

Päihdepolitiikka eroaa käytetyn päihteen mukaan. Huumausaineiden käyttö on laitonta ja sen vuoksi poliisi ja oikeuslaitos suhtautuvat siihen ankarammin kuin alkoholin käyttöön (Kinnunen 2008, 61). Eri päihteiden käyttäjiin suhtautuminen on erilaista niin kansan kuin viranomaisten keskuudessa. Seuraavaksi siirryn käsittelemään tarkemmin alkoholin ja huumeiden käyttöä, haittoja ja niihin liittyvää politiikkaa taustana päihdepalvelujen ja niiden kehityksen ymmärrykselle.

## 2.1 Alkoholin kulutus, haitat ja politiikka

Viimeisimmin juomatapatutkimuksesta ovat raportoineet Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja hyvinvoinnin laitoksen erikoistutkijat Pia Mäkelä, Heli Mustonen ja Christoffer Tigerstedt teoksessa *Suomi juo* (2010). Kuviosta 1 selviää, että alkoholin kulutus on viimeisimpinä vuosina kääntynyt laskuun Suomessa, mutta on pääsääntöisesti kasvanut aina 2000-luvulle asti. Tilastoimattoman ja tilastoidun alkoholin kokonaiskulutus 100 prosenttisena alkoholina oli vuonna 1968 noin 3,5 litraa. Määrä kaksinkertaistui 10 vuoden aikana ja oli 1970-luvun lopussa jo yli 7 litraa. 1990-luvulla alkoholinkulutus näyttää kääntyneen pieneen laskuun, mutta nousseen taas 1990-luvun puolivälistä. (Mäkelä ym. 2010, 14.) Tilastoimattomaan kulutukseen kuuluu muun muassa kotivalmistus ja ulkomailta tuotu alkoholi. (Mustonen ym. 1998, 5.) Siihen liittyy kaksi poikkeavaa ajankohtaa, jolloin kasvu on ollut nopeampaa. Vuonna 1995 matkustajatuonti lisääntyi, kun tuontiraja nousi 2 litrasta 15 litraan ja 24 tunnin matkustusvaatimus poistui. Vuonna 2004 poistuivat matkustajatuontikiintiöt muista EU-maista ja Viro liittyi EU:hun. (Mäkelä ym. 2010, 14; Metso ym. 2002, 9.)

Kuvio 1 Alkoholijuomien kulutus 100-prosenttisena alkoholina asukasta kohti 1960–2012



Lähde: THL Alkoholin kokonaiskulutus

Mustonen ym. (1998, 6) ovat jakaneet kulutuksen viiteen vaiheeseen vuodesta 1968:

- 1) 1968–1975 Alkoholin kulutuksen nopea kasvu (keskiolutuudistus, kaupungistuminen, talouden rakennemuutos)
- 2) 1976–1985 muuttumaton aika (talouden lievä taantuma)
- 3) 1985–1991 nousukausi ja alkoholin kulutus kasvoi enemmän kuin muualla maailmassa
- 4) 1992–1994 alkoholin kulutus laski laman vaikutuksena
- 5) 1995- orastavaa kasvua (tilastoimattoman kulutuksen kasvu matkustajaliikenteen nousun vuoksi: idästä ja etelästä tuotava alkoholia)

Orastava kasvu on jatkunut vuoteen 2004, jolloin kulutus jälleen pomppasi yli 10 litraan vuodessa ja on pysynyt nyt sillä tasolla. Tasaantumiseen on vaikuttanut taloudellisen kasvun heikkeneminen ja myös vuoden 2008 jälkeen toteutetut neljä korotusta alkoholiveroon. Vuoteen 2012 mennessä alkoholin kokonaiskulutus on jopa hieman pienentynyt ollen 9,6 litraa vuodessa. (Karlsson ym. 2013, 16–18.) Viidennen vaiheen orastavan kasvun ajan voi ajatella jatkuneen vuoteen 2004, jonka jälkeen on alkanut kuudes vaihe, jolloin kulutus on ollut tasaisesti noin 10 litraa vuodessa.

Suomesta tuli 1970-luvulla olutmaa, kun viinin osuus alkoholin kulutuksesta väheni. Viimeisinä vuosikymmeninä viinien osuus on jälleen kasvanut. Väkevien alkoholijuomien osuus on koko ajan vähentynyt ja vuoden 1996 tietojen mukaan 60 % juodaan mietoina alkoholijuomina. (Mustonen ym. 1998, 6-7.) Vuonna 2004 väkevien juomien kulutus hypähti ylöspäin, koska veronalennukset painottuivat niihin. Sen jälkeen niiden kulutus on ollut tasaista ja vuoden 2008 tietojen mukaan noin neljännes kulutuksesta juodaan väkevinä alkoholijuomina. Mietojen viinien osuus on 16 %, mikä selittää enemmän alkoholin kulutuksen kasvusta 2000-luvulla kuin väkevien alkoholijuomien osuus. Myös siiderijuomien kulutus on kasvanut nopeasti, kun ne ovat siirtyneet päivittäistavarakauppoihin. (Mäkelä ym. 2010, 16.)

Vaikka viininkäyttö on yleistynyt 1990-luvun alusta etenkin vanhemmissa ikäryhmissä, ei vielä voi puhua suomalaisten juomatapojen eurooppalaistuneen. Eniten juova kymmenen prosenttia kuluttaa yli puolet kaikesta juodusta alkoholista. (Mustonen ym. 2001, 270–271.) Suurkulutukseksi kutsutaan miehillä 40 grammaa puhdasta alkoholia viikossa ja naisilla puolet siitä. 10 grammaa on 6 annosta eli miesten suurkulutuksen raja on 24 ja naisten 12 viikkoannosta. Vuonna 2008 miehistä 8 % ja naisista 5 % ylittivät tämän rajan. Niitä suurkuluttajia, jotka pystyvät vähentämään alkoholin

kulutusta, ei voi kuitenkaan kutsua alkoholiriippuvaisiksi. (Karlsson ym. 2013, 21.) Alkoholin kokonaiskulutus on eurooppalaista keskitasoa, mutta suomalaiselle alkoholin käytölle on tyypillistä juuri humalahakuisuus. (Mäkelä, Holmila & Kaukonen 2002, 101–103.) Positiivisena suuntauksena voidaan nähdä se, että nuorten humalahakuinen juominen on vähentynyt ja vuonna 2011 raittiiden osuus 12–16-vuotiaista on suurempi kuin kertakaan aiemmin 2000-luvulla (Kinnunen ym. 2013, 37). Tutkielmani kannalta keskeisin ryhmä on juuri ne suurkuluttajat, joille alkoholin käyttö muodostuu riippuvuudeksi.

1900-luvun puoleen väliin asti alkoholin liikkakäyttö luokiteltiin myrkytystilaksi ja toisaalta myös oireeksi mielenterveyden häiriöstä. Nykyään alkoholismia ajatellaan olevan itsenäinen sairaus, ei myrkytysryhmään kuuluva. Lääketieteen tutkija Kari Poikolainen (1983, 112–119) kartoittaa alkoholismia erilaisia määrittelytapoja. Yleensä alkoholismiin liitetään henkilön poikkeava tarve alkoholin käyttöön huolimatta ympäristön olosuhteista, eikä henkilö pysty vähentämään käyttöä. Lisäksi vähentäminen aiheuttaa vieroitusoireita. Toisaalta alkoholismi voidaan määritellä siitä aiheutuvista fyysisistä tai sosiaalisista haitoista. Kolmanneksi alkoholismi voidaan määritellä myös kulutuksen mukaan. Alkoholismi on etenkin länsimaiden sairaus, jota usein pidetään itse aiheutettuna. Usein ajatellaan, että alkoholin käyttö joko on ongelma tai sitten ei. Lähempi tarkastelu kuitenkin osoittaa, että ongelma on jatkumo tai että alkoholismissa on aste-eroja.

Alkoholin käyttö voi aiheuttaa monenlaisia haittoja ja sairauksia. Liikkakäyttö vaikuttaa sairastavuuteen ja voi aiheuttaa jopa kuoleman. Suurkuluttajien sairastavuusriski kasvaa oleellisesti (Ylikahri 1983, 105). Päihdesairauksiin voidaan lukea muun muassa maksa- ja haimasairauksia, elimelliset aivo-oireyhtymät, myrkytykset ja alkoholiriippuvuus eli alkoholismi. Sairauksien lisäksi alkoholihaittoihin kuuluvat tapaturmat ja väkivaltaisuuksien, jotka tapahtuvat alkoholin vaikutuksen alaisena. Alkoholisairauksia hoidetaan pääsääntöisesti vuodeosastoilla, mutta etenkin alkoholiriippuvuudesta ja elimellisistä aivo-oireyhtymistä johtuvien hoitojaksojen määrä on vähentynyt vuodesta 2008. Toisaalta poliklinikkakäyntien määrä näiden osalta on noussut. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2012, 31–39.)

Päihdetilastollisen vuosikirjan (2012, 32) mukaan alkoholikuolemat olivat työikäisten yleisin kuolemansyy vuonna 2011. Alkoholimaksasairauksiin tai -myrkytyksiin liittyvät kuolemat ovat kasvaneet 1970-luvusta, jolloin näihin sairauksiin kuoli 7 / 100 000 henkilöstä. 1990-luvulla vastaava luku oli 20–25 / 100 000 henkilöstä. (Mustonen 1998, 7.) Alkoholikuolemiin liittyy usein tapaturma

tai väkivaltaisuus. Huumekuolemien määrä on vielä pieni, mutta niiden kasvu on ollut nopeaa. Kuolemat ovat yhteydessä huono-osaisuuteen ja sukupuoleen ja ne kattavat merkittävän osan sekä nuorten että keski-ikäisten kuolemista. Ylemmissä sosioekonomisissa ryhmissä miehet ovat useammin naimisissa ja perheellisiä ja heille on tarjolla paremmin sosiaalista tukea. Nämä ovat suojaavia tekijöitä, jotka auttavat liikakäyttäjiä vähentämään alkoholin kulutusta ja ovat sillä tavalla yhteydessä alkoholihaittoihin. Alkoholihaitoista kärsivien sosioekonomiset erot ovat suuret, joten päihdepalveluita tulisi tarjota etenkin heikoimmille ryhmille. (Mäkelä, Holmila & Kaukonen 2002, 101–109.)

Vaikka alkoholin suurkulutus on etenkin miesten ongelma, naisten tasa-arvoistumiskehitys näkyy myös naisten alkoholin kulutuksen lisääntymisenä. (Mäkelä 2010, 23). Naisten osuus kokonaiskulutuksesta on noussut vuoden 1968 tehdyn kyselyn 13 %:sta noin neljännekseen. Rajuin nousu tapahtui 1970-luvulla, jonka jälkeen kasvuvauhti on hidastunut. Raittiiden naisten osuus on vähentynyt 60-luvun 40 %:sta 10 %:in tasolle ja osuus on nyt sama kuin miehillä. (Mustonen ym. 1998, 15; Metso ym. 2002, 15; Karlsson ym. 2013, 20–21.) Eniten juova ikäryhmä naisissa on 20–29-vuotiaat ja se on pysynyt samana aina vuodesta 1968. Miehistä se on vaihdellut ja ollut joko 30–49-vuotiaat tai 20–29-vuotiaat. (Mustonen 1998, 15.) Viikoittain juovien naisten osuus on asettunut 1990-luvulle asti kestäneen kasvun jälkeen 35 % tasolle ja miehistä yli 60 % juo viikoittain (Karlsson ym. 2013, 20).

Myös alkoholipolitiikka vaikuttaa kulutukseen ja sitä myötä päihdepalvelujen tarpeeseen. Alkoholin saatavuus on parantunut ajan kuluessa ja ostopaikat ovat muuttuneet. Alkoholipolitiikalla on vaikutettu siihen, mistä ja minkä ikäiset sitä ovat voineet ostaa. 1968 alkoholilaissa ostoikärajaa alennettiin ja Alkon myymälöitä tuli myös maaseudulle. Lisäksi anniskelu-oikeuksien myöntämisestä tuli helpompaa ja keskiolutta sai myydä myös päivittäistavarakaupoissa. 1970-luvun lopulla saatavuus parani enää vähitellen, kun muun muassa myynti- ja anniskelupaikat lisääntyivät ja aukioloajat pitenivät. Vuonna 1994 säädetty alkoholilaki vaikutti Alkon toimintaan ja lisäsi sitä kautta kulutusta. Alkolta poistettiin alkoholijuomien valmistus-, tuonti-, tukkumyynti- ja anniskelumyyntimonopoli, mutta vähittäismyynti pysyi lähes ennallaan. Siiderin myynti siirtyi kuitenkin silloin päivittäistavarakauppoihin, joten sen saatavuus helpottui. (Mäkelä 2010, 22.) Nykyään lähes puolet alkoholijuomista ostetaan päivittäistavarakaupoista, kun vuonna 1995 määrä oli kolmasosa. Myös Alkon markkinaosuus on ollut hienoisessa kasvussa 90-luvun puolesta välistä,

kun taas anniskellun alkoholin määrä on laskenut vuoden 1997 1,8 litrasta 1,1 litraan vuonna 2012. Anniskellun alkoholin osuus kulutuksessa oli vuonna 2012 vajaat 14 %. (Karlsson 2013, 19.)

Vuonna 2004 tapahtui useita alkoholin kulutukseen vaikuttavia muutoksia. Alkoholiverot laskivat, kiintiöt muista EU-maista tuotavista alkoholijuomista poistettiin ja Viro liittyi EU:hun. Alkoholihaitat ja -kuolemat lisääntyivät etenkin huono-osaisten suurkuluttajien osalta. (Österberg & Mäkelä 2008, 310–322). Alkoholin hinnanalennus ei niinkään lisännyt normaalikäyttäjien alkoholinkulutusta, mikä ei olisi aiheuttanut vakavien alkoholihaittojen lisääntymistä, niin kuin suurkuluttajien käytön lisääntyminen. (Mustonen 2005, 246–248). Alkoholikuolemat kasvoivatkin nopeasti vuoteen 2007 saakka. Vaikka kuolemien määrä on kääntynyt laskuun, niitä oli vuonna 2011 edelleen enemmän kuin vuonna 2003. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2012, 31.) Hinnanalennus vaikutti myös nuorten alkoholinkulutukseen negatiivisesti. Vaikka peruskouluikäisten juomisessa ei tapahtunut suuria muutoksia, vanhemmissa koululaisryhmissä alkoholinkäytön väheneminen pysähtyi ja 18-vuotiaiden poikien humalajuominen yleistyi. (Rimpelä ym. 2005, 2611.)

## 2.2 Huumeiden käyttö, haitat ja politiikka

Huumeiden käytöstä ja asenteista on tehty väestökyselyjä vuodesta 1992 neljän vuoden välein. Viimeisimmin aiheesta ovat raportoineet Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen erikoistutkijat Leena Metso, Torsten Winter ja jo pitkään huumeiden käyttöä, politiikkaa ja hoitoa tutkinut yhteiskuntatieteilijä Pekka Hakkarainen julkaisussa *Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet*. Metson ym. (2010, 36) raportin mukaan huumeet ovat yleistyneet ja tulleet tutummaksi suomalaisille. Tämän myötä myös asenteet ovat lientyneet. Muutokset koskevat lähinnä kannabista, jonka käyttö on lisääntynyt etenkin nuorilla aikuisilla miehillä. 40 % 25–34-vuotiaista miehistä on ainakin kerran elämässään kokeillut huumeita. Käyn seuraavassa läpi hieman huumeiden käytön kehitystä, käyttäjiä ja sen käyttötapoja. Lisäksi tarkastelen siihen liittyviä haittoja ja yhteiskunnallisia tekijöitä.

Huumeiden käytön yleistyminen näkyy 1960- ja 1990-luvun huumeaalloissa. Molempiin liittyy yhteiskunnallisia taustatekijöitä, mutta jälkimmäinen aalto ei ole laantunut ensimmäisen tapaan. 1960-luvun huumeiden käyttö oli osa suurten ikäluokkien nuorison yhteiskunnallista protestia. Kaupallinen kulutuskulttuuri ja eriarvoistuminen saivat vastakulttuurikseen hippiaatteen. Kun se laantui, myös huumeiden käyttö väheni 1970- ja 1980-luvuilla. 1990-luvun huumeiden käytön yleistyminen taas liittyi huumeiden tuotannon ja kaupan organisoitumiseen. Kasvu taittui vasta

1990-luvun lopulla. Käytön yleisyys ei kuitenkaan ole oleellisesti vähentynyt, koska käytön lisääntymiseen ei liittynyt 1960-luvun tapaan yhteiskunnallista protestia. (Partanen 2002, 13–25.) Viime aikoina huumeiden käyttö on jälleen yleistynyt tasaisen vaiheen jälkeen, mikä on seurausta kannabiksen käytön lisääntymisestä etenkin 25–34-vuotiaiden miesten keskuudessa (Hakkarainen 2011, 402–403). Tähän liittyy myös kannabiksen kotikasvatuksen ja siihen liittyvän rikollisuuden lisääntyminen viime vuosina (Varjonen 2015, 32–34).

17 % suomalaisista on ainakin kerran elämässään kokeillut huumeita vuonna 2010 tehdyn tutkimuksen mukaan ja viimeisen vuoden aikana kokeilijoita on ollut 4,5 % (Hakkarainen 2011, 400). Huumeiden käyttö on yleisintä nuorilla ja sen voi jaotella kahteen luokkaan. Osalla se on hallittua viihdekäyttöä ja toisilla taas pakonomaista ongelmakäyttöä, johon voi liittyä myös rikollisuutta. (Partanen 2002, 28–29.) Tämä tutkielma liittyy jälkimmäisiin ongelmakäyttäjiin, jotka mahdollisesti käyttävät myös päihdepalveluita.

Toiselle aallolle oli tyypillistä nimenomaan ongelmakäytön lisääntyminen. Siihen kuuluvat suonensisäiset huumeet ja niiden aiheuttama riippuvuus tai muut terveydelliset tai sosiaaliset haitat. (Hakkarainen 2002, 111–113.) Lähes kaikilla hoitoon hakeutuneilla huumeiden käyttäjillä kyseessä on sekakäyttö eli käytetään useampaa erilaista ongelmapäihdettä. Yli puolet asiakkaista kertoi käyttävänsä vähintään kolmea ongelmapäihdettä. Yleisin näistä on opioidit, joita käytti 78 % asiakkaista. Muita yleisiä ongelmapäihteitä ovat stimulantit, rauhoittavat lääkkeet ja kannabis, joita käytti vajaat 50 % asiakkaista. Alkoholi oli ongelmapäihteenä kolmasosalle huumehoidon asiakkaista. (Päihdehuollon huumeasiakkaat 2014, 8.) Ongelmakäyttäjistä naisia oli vuonna 2012 jopa kolmasosa ja määrässä on tapahtunut hienoista kasvua vuoteen 2005 verrattuna. Naisia on suhteessa miehiin eniten nuorimassa 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä, mutta kaikkiaan eniten ongelmakäyttäjiä molempien sukupuolten osalta on 25–35-vuotiaissa. Miehillä ongelmakäyttö lisääntyy kuitenkin huomattavasti naisia enemmän tässä ikäryhmässä. (Ollgren ym. 2014, 503–504.)

Ongelmakäyttö näyttää tasaisen vaiheen jälkeen jälleen lisääntyneen hieman. Tilastojen perusteella on vaikea arvioida kuinka paljon, koska vuoden 2012 tutkimuksen tilastollisissa menetelmissä on tapahtunut muutoksia, rekisteröintikäytännöt ovat kattavampia ja opioidikorvaushoito on yleistynyt, mikä näkyy rekistereissä. (Ollgren ym. 2014, 504.) Huumeiden ongelmakäytön lisääntymiseen liittyy yhteiskunnallisia tekijöitä kuten taloudellinen eriarvoisuus, sosiaalinen syrjäytyminen ja työttömyys. Huumeiden käyttäjä on muita päihdeongelmaisia useammin



asunnoton, työtön ja hänellä on puutteellisempi koulutus. Myös huumerikollisilla nämä ovat heikompia kuin muilla rikollisilla. (Hakkarainen 2002, 111–114.) Huumeiden ongelmakäyttäjät ovat vielä huonommassa asemassa kuin muut yhteiskunnan laidalla elävät.

Tutkielmani kannalta oleellisia ovat juuri nämä ongelmakäyttäjät ja heille tarjottavat päihdepalvelut. Huumeiden käyttäjien hoitomuodot ovat pirstaloituneet. Käyttäjää hoidetaan yleisen terveydenhuollon lisäksi nuorisoasemilla, alkoholistien erikoisyksiköissä ja järjestöjen hoitokodeissa. Toisin kuin alkoholistien hoidossa pääpaino on lääketieteellisessä hoidossa. (Partanen 2002, 27.) Hoitojen kehittäminen on tullut ajankohtaiseksi etenkin 1990-luvulla, kun amfetamiinin ja heroiinin käyttö yleistyivät (Hakkarainen 2002, 114).

Huumehaitat voidaan jakaa sairastavuuteen, kuolleisuuteen ja rikollisuuteen. Huumeisiin liittyvässä sairastavuudessa ja kuolleisuudessa merkittävintä roolia esittävät amfetamiinin ja opiaattien käyttö, kun taas huumerikollisuus liittyy usein kannabikseen. 1990-luvun aikana nämä haitat moninkertaistuivat. Huumekuolemiksi voidaan laskea tapaturmaiset myrkytykset, itsemurhat sekä huumeiden vaikutuksen alaisena tapahtuneet tapaturmaiset kuolemat, onnettomuudet ja väkivaltaiset kuolemat. Merkittävin yksittäinen tekijä kuolemissa on heroiinin yliannostus. Yliannostuksen uhrin ovat tyypillisesti miehiä, työttömiä, päihderiippuvaisia, injektioikäisiä tai alkoholin ja psyykelääkkeiden sekakäyttäjiä. Huumeet voivat olla osallisena myös liikenneonnettomuuksissa ja sen hankintaan liittyvässä väkivallassa. Välillisiä huumeiden haittavaikutuksia ovat tartuntataudit, kuten hiv ja C-hepatiitti, jotka lisääntyivät Suomessa voimakkaasti 1990-luvun lopulla. (Hakkarainen 2002, 111–117.)

Vaikka huumeisiin suhtaudutaan nykyään myönteisemmin, valtaosa kansasta ajattelee edelleen erittäin kielteisesti huumeista ja niiden käyttäjästä. Suomen huume politiikka onkin Euroopan tiukimpia. 1960-luvulla huumeet määriteltiin lähinnä turvallisuus- ja järjestysongelmaksi. 1972 säädettiin huumausainelaki, jossa huumeiden käyttö on sanktioitu. (Partanen 2002, 19–26.) Rankaisemisesta luopuminen on kuitenkin mahdollista, jos henkilö on syylistynyt vain pieneen rikokseen, kuten huumausaineiden käyttöön tai hallussapitoon. Lailla pyritään ennemminkin puuttumaan levittämiseen ja myymiseen. (Tammi 2002, 209.) Huumeiden käytön laittomuuden nähdään viestivän kansalle, ettei se ole sallittua ja hyväksyttävää. 2000-luvun aikana poliisin toimivalta on lisääntynyt huumausainerikoksien ennaltaehkäisyksi ja torjumiseksi muun muassa telekuuntelulla, peitetoiminnalla ja valeostoilla. (Kinnunen 2008, 66–71.)

Päihdevankeihin on kiinnitetty enemmän huomiota 1990-luvun lopulta lähtien, kun vankiloiden päihdekuntoutusta on pyritty kehittämään merkittävästi. Tässä on tarvittu eri tahojen yhteistyötä ja myös kolmannen sektorin toimijat ovat tässä mukana. Huumepolitiikkaa on suunniteltu enenevissä määrin yhdessä sosiaali- ja terveystieteiden sekä valvonta- ja oikeusviranomaisten kanssa. Yhteistyön merkitys on huomioitu voimakkaasti 2000-luvun strategioissa eri foorumeilla, mutta käytäntöön yhteistyö eri viranomaisten välillä ei ole vielä siirtynyt. Poliisit eivät ole tottuneet ohjaamaan päihteiden käyttäjiä päihdehoidon tai sosiaalisen tuen piiriin, vaan he pitävät heitä usein menetettyinä tapauksina. Tämä osaltaan estää todellisen yhteistyön toteutumisen. (Kinnunen 2008, 93–96.)

### 3 PÄIHDEPALVEUT

Päihdepalvelut sijoittuvat suomalaisessa hyvinvointivaltiossa sosiaalipalveluihin. Periaatteessa ne kuuluvat universaaleihin palveluihin, mutta palvelutarpeen arvioivat ammattilaiset. Kunta määrittelee, millaisia palveluita päihdeasiakkaalle on tarjolla. (Kaukonen 2002, 137–138.) Suomessa kolmas sektori on merkittävä päihdepalvelujen tarjoaja. Kolmannen sektorin toimijoilla voi olla hyvin erilaisia tehtäviä sosiaalipalveluissa. Palveluiden maksullisuus ja työntekijöiden korvaukset vaihtelevat. Kolmannen sektorin toiminta voi olla vapaaehtoisten voimin vedettyä ilmaista toimintaa tai kuulua maksullisiin peruspalveluihin tai jotain näiden väliltä. (Kuronen 2015, 112.) Päihdepalveluissa kolmas sektori tuottaa esimerkiksi vertaistukea, asiantuntijuutta ja kunnallisia palveluita.

Seuraavassa kerron tarkemmin päihdepalvelujen ja niiden lainsäädännöllisestä kehityksestä. Toisessa alaluvussa käyn läpi, miten päihdepalvelut jakautuvat ja millaisia palveluita päihdeongelmallisille on tarjolla. Keskeisinä käsitteinä määrittelen kolmatta sektoria ja esittelen päihdeyhdistyksiä ja -järjestöjä.

#### 3.1 Päihdepalvelujen kehitys

Päihdepalvelujen lainsäädäntö on vaikuttanut palvelujen paikkaan ja luonteeseen. Köyhäinhoito oli tyypillistä itsenäisen Suomen alkuaikojen sosiaalipolitiikkaa, mistä päävastuu oli kunnalla. Ensimmäiset lait päihdehuollosta olivat vuonna 1931 säädetty laki juopuneena tavatun henkilön huollosta, vuoden 1936 alkoholilaki ja vuonna 1947 laki juopuneina tavattujen henkilöiden raittiushuollosta eräissä tapauksissa. Huollon tarve oli näin mahdollista myöntää myös

lainsäädännön tasolla, kun kieltolaki oli purettu. Viranomaisten keinot ensimmäisessä laissa olivat kevyitä, kuten ohjaus, neuvonta ja varoitus. (Poikonen 2013, 408–411.) Päihdeongelman hoidon tavoitteena oli julkinen järjestyksenpito. Järjestöjen roolit liittyivät yhteiskuntaan ja kansaan vaikuttamiseen valistuksen ja keskustelun avulla. (Kaukonen 2002, 145.)

Alkoholilaki mahdollisti kovempiakin toimenpiteitä, kuten raittiusvalvontaan ja alkoholihuoltoon määräämisen. Tavoitteena oli järjestää alkoholistien huolto siten, että henkilöt voidaan palauttaa yhteiskunnan kunnollisiksi jäseniksi eli yhteiskunnan etu oli ensisijaista ja perheen toissijainen. Yksilön edusta ei puhuttu tällöin mitään. (Poikonen 2013, 408–411.) Alkoholilaki antoi mahdollisuuden pakkohoitoon ja aina 1970-luvulle saakka ihmisiä hoidettiin enemmän pakolla kuin vapaaehtoisesti. (Kaukonen 2002, 147.) Vapaaehtoisissa palveluissa raittiusliike oli keskeisessä roolissa jo varhaisen vaiheen päihdepalveluissa. Raittiusliike näki ongelmaksi alkoholin helpon saatavuuden ja ratkaisu olisi ollut alkoholin hävittäminen yhteiskunnasta, joten tavoitteena oli kieltolaki. Yksilö nähtiin näin olosuhteiden uhrina, joka täytyi pelastaa. Vallalla oli ajatus, ettei pakonomaisesta alkoholin käytöstä voi parantua muuta kuin kieltäytymällä siitä kokonaan eli olemalla täysin raitis. 1900-luvun alun vapaaehtoisia hoitomuotoja olivat alkoholistien vertaisryhmät AA-kerhot. (Poikolainen 1983, 112–120.) Myös valtakunnallisista järjestöistä A-klinikka oli merkittävä toimija jo sodanjälkeisessä Suomessa (Murto 2002, 173–174). Järjestöjen tarjoamia vapaaehtoisia hoitomuotoja käyttivät lähinnä parempiosaiset, kun köyhemmät joutuivat pakkohoitoon (Kaukonen 2002, 148–149).

Alkoholin ja päihteiden käyttö hyväksyttiin lainsäädännössä sairaudeksi 1960-luvulla sairausvakuutuslaissa, mikä mahdollisti hoidosta saatavat korvaukset ja päivärahat. 1961 lailla pyrittiin vastaamaan hoidollisen ajattelun kehittymiseen ja myös huumeiden käyttäjät haluttiin huomioida. Lain sisältö säilytettiin pääsääntöisesti entisellään, mutta kieli muutettiin nykyaikaisemmaksi puhumalla vapaaehtoisuudesta ja hoidollisuudesta. (Poikonen 2013, 413–415.) Päihdeongelma inhimillistyi ja järjestöissä kehitettiin erilaisia vaihtoehtopalveluita. 1970-luvun alkuun tultaessa myös huumeiden käyttäjien hoito siirrettiin mielisairaaloista päihdehuollon erityispalveluihin.

Vuonna 1976 voimaan tullessa osittaisuudistuksessa päihdehuollon erityisyksiköt siirrettiin valtionavun piiriin, millä pyrittiin helpottamaan terveydenhuollon ylikuormitusta kasvaneen alkoholin kulutuksen lisäämiltä päihdeongelmilta. (Poikonen 2013, 413–415.) Kuntien palvelut

yhdenmukaistuivat ja kuntasuunnittelu tuli pakolliseksi. Päihdehuollon erityispalvelut olivat olleet pääsääntöisesti järjestöjen tuottamia, mutta muutokset vaikuttivat palveluiden laajenemiseen ja lisääntymiseen sekä kunnallistumiseen 70-luvun loppupuolella. Palvelujen lisääntyminen lisäsi kuntien valtionapua ja säästöjä syntyi, kun palvelut tuotettiin itse. Myös palveluiden arvopohja alkoi vähitellen muuttua, kun inhimillisyyden sijaan korostettiin ammatillisuutta. (Kaukonen 2002, 149–150.)

1980-luvulla kehitettiin monenlaisia päihdepalveluita ja luvun puolivälistä siirryttiin kustannusperustaisesta valtionavusta suoritusperustaiseen rahoitukseen. Vuonna 1987 astui voimaan edelleen voimassa oleva päihdehuoltolaki, jossa järjestämisvastuu määriteltiin selkeästi kunnille. Lain periaatteina ovat palveluperiaate, vapaaehtoisuus, valinnanvapaus, normaalius ja asiakkaan osallisuus. Tavoitteena on vähentää ongelmakäyttöä ja sen aiheuttamia haittoja. Tahdonvastaisen hoidon merkitys on vähentynyt huomattavasti laissa. (Poikonen 2013, 417–419.) Palvelujen tuottajana voi toimia kunnan sijaan myös ulkopuolinen toimija tai kunnat voivat tuottaa palveluita yhdessä jonkun muun kunnan kanssa (Möttönen & Niemelä 2005, 181–184). Järjestöt ovat merkittävässä roolissa kehittämässä päihdepalvelujen asiakastyön sisältöä (Kaukonen 2002, 145).

Vaikka alkoholihaitat 1990-luvulla lisääntyivät, resurssit päihdepalveluista vähenivät (Mäkelä, Holmila & Kaukonen 2002, 107–109). Laman myötä palvelujen korvamerkitty rahoitus lopetettiin ja kunnat saivat itse päättää, kuinka paljon varoja käytettäisiin päihdepalveluihin. Tämä asetti eri toimijat kilpailuasetelmaan päihdepalveluissa, kun palvelutuotanto muutettiin suoriteperustaiseksi. Päihdepalvelut professionaalistuivat ja samaan aikaan määriteltiin päihdetyön toimintatapoja, missä työssä järjestöt olivat mukana. (Kaukonen 2002, 150–151.) 1990-luvulla päihdepalveluihin vaikutti myös vuoden 1995 perusoikeusuudistus, minkä myötä tahdonvastaiseen hoitoon määrääminen on vaikeutunut entisestään sekä 2005 voimaan tullut hoitotakuu, mikä antaa subjektiivisen oikeuden päihdehuoltoon, vaikka asiakas ei itse saakaan valita hoitomuotoaan. (Poikonen 2013, 417–419.)

Huumeiden käytön ongelmien lisääntyessä paineet palvelujen lisäämiselle kasvoivat ja siihen tarkoitukseen valtio myönsi erillisrahoitusta 2000-luvun alussa ja nyttemmin rahoitusta on voinut hakea päihdepalvelujen kehittämistyöhön tai osana syrjäytymisen ehkäisemistä. (Möttönen & Niemelä 2005, 181–184.) Huumeiden käyttäjien hoitopalvelut ovat monipuolistuneet ja

lisääntyneet nopeasti tarpeen kasvun myötä ja lisäksi ne ovat uudelleen psykiatrisoituneet. Päihdepalveluja on sopeutettu yksilöllisen asiakasvalikoinnin kautta ja palvelujen ulkoistaminen on yhä lisääntynyt. Päihdejärjestöt ovat tulleet keskeiseksi osaksi kunnallista peruspalvelujärjestelmää. (Kaukonen 2002, 145.) Koska palveluntarjonta voi olla hyvin erilaista eri kunnissa, asiakaskäynnit voivat jakaantua hyvin eri tavoin eri puolilla Suomea. Jos kunnassa on hyvin tarjolla erityispalveluja, hoitojen kysyntä on vähäisempää sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluista ja toisinpäin (Kaukonen 2005, 311).

Oikeustieteilijä Poikonen (2013, 421) jakaa päihdehuollon lainsäädännöllisen kehityksen kolmeen diskurssiin, mitkä ovat moraali-, sairaus- ja yksilön oikeudet – diskurssi. Ensimmäinen ajoittuu 1930-luvulta 1960-luvulle ja tälle ajanjaksolle oli tyypillistä moraalinen paheksunta ja tiukka valvonta. Toinen vaihe kesti 1960-luvulta 1980-luvulle, jolloin säädettiin laki päihdyttävien aineiden väärinkäyttäjien huollosta 1961 ja sen osittaisuudistus 1976. Tällöin suhtauduttiin edelleen paternalisesti avuntarpeessa oleviin ja päihdeongelman sairausstatus muodostui. Tähän ajanjaksoon sijoittuu myös keskioluen myynnin vapautuminen 1960-luvun lopulla. Viimeinen vaihe on alkanut 1980-luvun puolivälistä ja siihen sijoittuu 1986 säädetty päihdehuoltolaki. Tyypillistä toiminnan luonteelle on palveluhenkisyys, asiakkuus, kuntouttaminen ja avohuollon palveluiden ensisijaisuus.

### 3.2 Päihdepalvelut Suomessa

Suomessa päihdepalvelut painottuvat sosiaalipalveluihin ja palvelut ovat perustuneet ajatukselle, että alkoholiriippuvuus on seurausta käytännön sosiaalisista ongelmista (Murto 2002, 168). Päihdeongelmaiset voivat hakeutua erityispalveluiden lisäksi yleisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin, jossa voidaan antaa muun muassa keskusteluapua pyrkimyksenä alkoholin käytön lopettaminen tai vähentäminen (Päihdetilastollinen vuosikirja 2012, 36–39.) Päihdepalvelut voidaan jakaa kolmeen ryhmään palvelumuodon mukaan. *Avomuotoiseen päihdekuntoutukseen* kuuluvat A-klinikat ja vastaavat avohoitoyksiköt, nuorille tarkoitetut nuorisoasemat ja päihdepysäkit, peruspalveluihin kuuluvat päihde- ja mielenterveystyön yksiköt ja päihdepsykiatrian poliklinikka. *Katkaisuhuolto ja kuntoutuslaitoksiin* sisältyvät selviämis- ja katkaisuhuoitoyksiköiden lisäksi kuntoutusyksiköt ja päihdepsykiatrian osastot. Kolmas palvelumuoto on *asumispalvelut ja päiväkeskukset*. (THL hoitopaikat.)

A-klinikkasäätiön toimitusjohtaja tutkija Olavi Kaukonen on tutkinut laajasti päihdepolitiikkaa ja -palveluita. Väitöskirjassaan *Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa* (2000) hän tarkastelee hyvinvointivaltiota päihdepalvelujen näkökulmasta. Hän jakaa keskeisimmät palvelut päihderiippuvaisille nelikenttään kuvion 2 mukaan. Päihdepalveluihin kuuluu sekä avohoitopalveluita että laitospalveluita, kuten katkaisuhuolto ja pitkäkestoinen kuntouttava laitoshoido. Päihdeongelmaisten palveluihin kuuluu myös asumispalveluita sekä erilaista päivä- ja vertaistoimintaa, kuten AA-ryhmiä. (Möttönen & Niemelä 2005, 181–184.) Kaukonen (2000, 108–110) mukaan arkipuheessa päihdepalveluilla tarkoitetaan yleensä erityispalveluita. Erityispalveluiden tarkoituksena on toimia paremmin ja tehokkaammin kuin yleiset palvelut. Ne ovat myös tarveharkintaisia, joten ne ovat aina tapauskohtaisia. 1990-luvun lama vähensi erityispalveluiden osuuden 57 %:sta 43 %:iin, kun taas laitospalvelujen osuus väheni laman aikana vain hiukan 48 %:sta 44 %:iin.

*Kuvio 2. Päihdepalvelut nelikentässä*

		Palvelun muoto	
		Laitoshoido/-huolto	Avohoido
Palvelun erikoistumisaste	Erityisesti päihdeongelmaisille tarkoitettut palvelut	Kuntoutuslaitokset Katkaisuhoidolaitokset Laitosmuotoiset asumispalvelut Ensisuojat	A-klinikat Nuorisoasemat Päiväkeskukset ja muu avomuotoinen toiminta; tuettu asuminen
	Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut	Terveyskeskusten vuodeosastot Yleissairaalat Psykiatriset sairaalat	Sosiaalitoimistojen sosiaalityö Perusterveydenhuolto ja psykiatrinen avohoido

Lähde: Kaukonen 2000, 109.

Erityispalveluihin kuuluvien A-klinikkajen toiminnan lähtökohtana on vapaaehtoinen avohoido. A-klinikka on vahva toimija etenkin huono-osaisten matalan kynnyksen erityispalveluna, koska sinne ei vaadita lähetettä. (Murto 2002, 173–174.) A-klinikoiden yhteydessä voi toimia katkaisuhoidoasemat, jotka taas tarjoavat ympärivuorokautista hoitoa alle viikon hoitajaksona. Niissä voi selvittää akuutteja ongelmia ja suunnitella jatkohoitoa. Ensisuojat taas ovat tarkoitettu päihtyneille henkilöille, koska muihin päihdepalveluihin ei yleensä pääse päihteen vaikutuksen alaisena. (Takala & Lehto 1988, 113–117.)

Päihdepalveluilla on suuri merkitys alkoholin kulutuksen vähentämisessä ja näin ollen myös haittojen hillitsemisessä. Päihdepalveluissa hoitoa pidetään hyvänä, jos 10–15 prosenttia on täysin raittiita vuoden kuluttua hoidon aloituksesta. Lisäksi arvioiden mukaan alkoholin kulutus vähenee vähintään kaksinkertaisella määrällä näissä palveluissa. Vaikuttaviksi osoitetut avo- ja laitoshoidot voivat olla hyvinkin eri tavoin toteutettuja, eikä mitään hoitomuotoa ole osoitettu selkeästi tehokkaimmaksi. Hoitomuotoa enemmän merkitsee hoidon laatu. Merkityksellistä vaikuttavuuden kannalta on erityisesti alhainen palvelukynnys ja hyvä palvelujen saatavuus etenkin avopalveluissa. Lisäksi vieroitushoito ja oireenmukainen lääkitys tuottavat yleensä hyviä tuloksia. (Kaukonen 2005, 311–312.)

Yhteiskunnalle koituvista alkoholiin liittyvistä kustannuksista suurin osa muodostuu haittojen hoitamisesta, kun korjaamiseen ja ennalta ehkäisevään päihdetyöhön käytetään noin prosentin verran kaikista kustannuksista. Haittoihin liittyvät kustannukset koostuvat pääsääntöisesti järjestyksen ja turvallisuuden ylläpidosta, sosiaalihuollon kustannuksista sekä eläkkeistä ja sairauspäivärahoista. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2012, 36.) Ehkäisevän työn vähentäminen vaikuttaa etenkin huono-osaisten asiakkaiden tavoittamiseen. Yhteiskunnallisesti olisi kannattavaa panostaa myös mielenterveysongelmaisiin, vankituomion saaneiden ja pitkäaikaistyöttömien päihdeongelmien ratkaisemiseen, koska he päätyvät helposti palvelujärjestelmän ulottumattomiin. (Kaukonen 2005, 319–320.)

### 3.3 Kolmas sektori

Kolmannen sektorin käsite liittyy keskeisesti tutkimusaiheeseeni. Se voidaan määritellä usealla tavalla ja sille löytyy myös vaihtoehtoisia nimityksiä. Kolmannesta sektorista alettiin puhua 1970-luvulla (Matthies 1996, 11). Se on nimetty kolmanneksi, koska yksityisen on ajateltu olevan ensimmäinen ja julkisen toinen sektori. Aiemmissa määrittelyissä kolmannen sektorin toimijoiden katsottiin olevan osa yksityistä ja toisissa osana julkista. Tämän vuoksi se olikin tarpeellista kategorisoida omaksi sektorikseen. Nykyään neljänneksi sektoriksi voidaan nimetä vielä kotitaloudet ja lähiyhteisöt. Kolmas sektori voidaan vielä halutessa jakaa kahteen eri sektoriin: jäsenhyöty- ja julkishyötysektoriin. (Helander 1998, 22–30.) Kolmannen sektorin tekemä päihdetyö kuuluu pääsääntöisesti jälkimmäiseen, jossa palveluita tuotetaan asiakaskunnalle eli lähinnä päihderiippuvaisille. Aineistoa kerätessäni käsittelen kolmannen sektorin toimijoiksi kaikki, jotka eivät kuulu kunnallisiin tai yksityisiin toimijoihin, eivätkä kotitalouksiin.

Kolmas sektori voidaan jakaa kahteen luokkaan myös sen organisoitumisasteen mukaan. Kansanliikkeet ja kansalaisten muu spontaani toiminta nähdään organisoimattomana, kun taas järjestöt organisoituna kolmannen sektorin toimintana. Jälkimmäisen organisoidun kolmannen sektorin toiminnalla voidaan nähdä olevan viisi erilaista tehtävää. Nämä ovat edunvalvontatehtävä, vapaaehtoistoiminnan edistäminen ja ylläpito, vertaistuen tuottaminen, asiantuntijuuden tuottaminen ja välittäminen sekä palvelujen tuottaminen. (Möttönen 2009, 62.) Tässä tutkielmassa keskiössä on juuri tämä organisoitu kolmannen sektorin toiminta ja eniten aineistossa tulee esiin kolme viimeistä kolmannen sektorin tehtävää.

Kolmas sektori käsite on tullut Yhdysvalloista ja juuri sen kansainvälisyys ja tunnettuus tekevät siitä hyvin käyttökelpoisen. Toisaalta järjestysluku kolme luo mielikuvaa yksityistä ja julkista sektoria alemmasta toimijasta. (Harju 2003, 16.) Kolmannen sektorin toimintaa voidaan nimittää myös välitason tai kansalaistoiminnaksi. Välitasossa palvelut sijoittuvat yksityisten ja julkisten väliin. (Matthies 1999, 42–43.) Päihdepalvelujen voi ajatella kuitenkin olevan keskeisiä hyvinvointivaltion palveluja ja siinä mielessä en käsitä järjestöjen palveluita alemmiksi tai välitason palveluiksi, vaan enemmänkin rinnakkaisiksi julkisten palveluiden kanssa. Kolmannen sektorin vertaiskäsitteitä ovat myös yhteisöt, epävirallinen sektori ja vapaaehtoissektori (emt., 41). Viimeinen liittyy laajaan vapaaehtoistyön määrään, jota järjestöissä ja yhdistyksissä tehdään. Kolmannen sektorin arvoihin liitetäänkin usein juuri vapaaehtoisuus. Muita myönteisiä arvoja ovat solidaarisuus, voittoa tavoittelemattomuus, yhteisöllisyys ja epäitsekkyyys. (Siisiäinen 1999, 29.) Nämä arvot näkyvät myös kolmannen sektorin päihdepalveluissa.

Kolmannen sektorin rooli on kasvanut, kun on alettu puhua sekatalousmallin (welfare mix) toteuttamisesta. Pohjoismainen hyvinvointivaltio perustuu edelleen valtion ja kuntien vastuuseen ja tavoitteena ovat universaalit palvelut, jotka takaavat alueellisen ja sosiaalisen tasa-arvon. Eriarvoisuus ja työttömyys ovat kuitenkin lisääntyneet, eivätkä julkiset palvelut pysty vastaamaan tarpeeseen. Yhä enemmän on alettu keskustella muiden kuin julkisen sektorin roolien kasvattamisesta osana sekatalousmallin toteuttamista. Kolmannen sektorin ajatellaan olevan joustavampi ja kykenevän muuttumaan nopeammin tarpeita vastaavaksi. Julkisten palveluiden roolin pienentämistä perustellaan myös kansalaisten autonomian, valinnanvapauden, joustavuuden ja asiakaslähtöisyyden lisääntymisellä. (Matthies 1996, 11–24.) Järjestöjen rooli päihdepalveluissa on merkittävä, joskin niiden osuus kunnallisten päihdepalvelujen tuottajina on vaihdellut eri aikoina.



Osana analyysiä mielenkiintoni kohdistuu näihin kolmanteen sektoriin liitettyihin arvoihin ja adjektiiveihin sekä niissä tapahtuneeseen muutokseen.

Kolmas sektori voidaan jakaa myös perinteiseen ja uuteen kolmanteen sektoriin. Jälkimmäinen tarkoittaa tuottajajärjestöjä ja siihen liittyviä ominaisuuksia. Palvelut on tuotteistettu ja ne toimivat osana julkisia palveluita. Työntekijät ovat enemmistöltään palkattuja asiantuntijoita. (Pyykkönen 2013.) Sosiaali- ja terveysalan järjestöt ovat halukkaita lisäämään palveluita ja yhteistyötä julkisen sektorin kanssa, mutta haluavat kuitenkin valtion olevan rahoitusvastuussa palveluista. Vaikka sekatuotannon lisäämistä tarjotaan ratkaisuksi julkisten palveluiden vähentyessä, se voi huonossa taloudellisessa tilanteessa jopa vähentää palveluita, jos kunnat vähentävät palvelujen ostamista yksityisiltä palveluntuottajilta. (Matthies 1996, 11–24.) Koska järjestöt ovat suuressa vastuussa päihdepalveluiden tuottajina, taloudellisen tilanteen muutokset vaikuttavat väistämättä niiden toimintaan ja sitä kautta myös asiakkaisiin.

### 3.4 Päihdejärjestöjen ja -yhdistysten nykytila

Päihdetyötä tehdään sekä paikallisyhdistyksissä että valtakunnallisissa järjestöissä ja ne kuuluvat sosiaali- ja terveysalan järjestöihin. Järjestöbarometrin mukaan päihdeyhdistyksiä on 133 ja valtakunnallisia päihdejärjestöjä 20. Järjestöjen osuus on merkittävä etenkin päihdehuollon asumispalveluissa (66 %), kuntoutuslaitospalveluissa (52 %) ja katkaisuhoidon järjestämisessä (47 %). Päihdeyhdistysten toimintaa voi olla esimerkiksi päihdetoipujien vertaistuki, päihteettömän vapaa-ajan toiminnan järjestäminen, nuorten päihteiden käytön ennalta ehkäisy, päihdekuntoutus tai päiväkeskustoiminta. (Peltosalmi & Särkelä 2011, 28; 46–48 ja 121.)

Siirtyminen lähemmäs kohti sekatalousmallia ja julkisista palveluista keskusteleminen näkyy kolmannen sektorin toimijoiden kokemuksissa. Iso osa päihdepalveluista tuotetaan kolmannella sektorilla. Palvelujen tuottajat arvioivat tulevaisuuden näkymänsä positiivisiksi. Päihdeyhdistyksistä toimintaympäristön muutoksen arvioi olevan melko voimakasta tai voimakasta 17 %, mikä oli lähellä yhdistysten keskiarvoa (16 %). Yli kolmasosa (36 %) arvioi, että heidän toimintansa tulee laajenemaan, mikä oli selkeästi enemmän kuin yhdistyksissä yleensä (29 %). Päihdeyhdistyksissä kolme yleisintä kasvualuetta olivat toiminnan kysyntä ja kokonaismäärä sekä yhteistyö ja yleisimmin supistusten kohteena olivat tulot. Kuntayhteistyöhön oli tyytyväisiä yli puolet (58 %) päihdeyhdistyksistä. Tulevaisuudennäkymissä yhdistykset arvioivat vaikuttamistoiminnan,

koulutuksen, ehkäisevän työn sekä hankkeiden ja projektien merkityksen kasvavan. (Peltosalmi & Särkelä 2011, 34–44.)

Kolmannen sektorin päihdepalveluissa tehdään sekä palkallista työtä että vapaaehtoistyötä, ja taloudellinen tilanne niissä on kohtuullisen hyvä. Päihdeyhdistyksistä yli puolessa (59 %) on palkattua henkilökuntaa ja keskimäärin työntekijöitä on 4. Valtakunnallisissa päihdejärjestöissä henkilöstöä on keskimäärin 13. (Peltosalmi & Särkelä 2011, 50–53 ja 90–95.) Päihdeyhdistyksissä työskentelee paljon henkilökuntaa myös työllistämistuella. Palkkatuella työllistäminen on kuitenkin vaikeutunut palkkakustannusten nousun vuoksi, kun voimaan on tullut laki julkisesta työvoimapalvelusta. Yhdistykset ovat toimineet aktiivisesti työllistäjinä myös 1990-luvun laman aikana, kun he järjestivät myös silloin osa-aikatyötä pitkäaikaistyöttömille. Valtakunnallisten päihdejärjestöjen keskimääräiset kokonaiskulut olivat vajaat 4 miljoonaa euroa vuonna 2009. Päihdejärjestöt rahoittivat toimintaansa lähinnä asiakaspalvelumaksuilla (71 %) ja raha-automaattiyhdistyksen avustuksilla (20 %) ja arvioivat taloudellisen tilanteensa vähintään kohtalaiseksi. (Peltosalmi & Särkelä 2011, 50–53 ja 90–95.) Yhteensä päihdejärjestöjen kokonaiskulut ovat vuodessa yli sata miljoonaa euroa, josta noin 20 miljoonaa euroa tulee RAY-avustuksista (Särkelä ym. 2005, 49).

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä tutkielmassa tarkastelen kolmatta sektoria osana päihdehoitoa. Kolmannen sektorin toimijoilla, kuten vertaistukiryhmillä, kristillisillä järjestöillä ja A-klinikalla on pitkät perinteet päihdeongelmaisten auttamisessa ja pyrin luomaan niiden toiminnasta kokonaiskuvaa 1970-luvulta tähän päivään. Tarkemmat tutkimuskysymykseni ovat:

- Millaisia rooleja kolmannella sektorilla on päihdehoidossa ja miten ne ovat muuttuneet?
- Miten kolmas sektori on vaikuttanut päihdehoidon kehitykseen?

Näihin kysymyksiin olen etsinyt vastausta *Alkoholipolitiikka-* ja *Yhteiskuntapolitiikka* -lehtien tutkimusartikkeleista. Tieteellisistä tutkimuksista kirjoitetut artikkelit tuovat teksteihin ja analysointiin oman erityispiirteensä, koska tieteellisellä tiedolla pyritään rationaalisuuteen ja systemaattisuuteen (Alasuutari, 2007, 234). Aineisto sopii tutkielmaan sen vuoksi, että artikkeleissa mainitaan usein eri kolmannen sektorin toimijoita ja niissä on pyrkimys myös objektiivisuuteen. Jos

olisin käyttänyt aineistona esimerkiksi A-klinikkasäätiön *Tiimi*-lehden vuosikertoja, olisi objektiivisuus mietittänyt enemmän. Toisaalta vahvimmat toimijat AA ja A-klinikka ovat hyvin dominoivassa asemassa myös tässä aineistossa ja variaatiota ja pienempiä toimijoita olisi voinut olla mukana enemmän. Olen lukenut aineiston useaan kertaan ja eri vaiheissa olen käyttänyt erilaisia apukysymyksiä, jotta erilaiset roolit selkiytyvät ja tulevat näkyville paremmin.

- Millaisissa asiayhteyksissä päihdehoidossa puhutaan kolmannen sektorin toimijoista?
- Mikä on järjestön tavoite ja mitä sen tehtäviin kuuluu?
- Mikä on hyvää ja mikä huonoa päihdehoitoa?

Metodologisena apukeinona olen käyttänyt kategorisaatiota ja järjestänyt aineistoa Harvey Sacksin luomien käsitteiden, kuten kategoriasidonnaisten piirteiden ja kategoriaparien ympärille. Kerron seuraavassa aineistosta, metodologisista valinnoista, analyysitavasta ja sen etenemisestä sekä pohdin eettisiä kysymyksiä. Lopuksi avaan aineistoani lukuina ja kerron siitä löytyvistä kolmannen sektorin toimijoista lukuina suhteessa aikaan eli millä vuosikymmenellä puhutaan mistäkin toimijoista ja kuinka usein.

#### 4.1 Tieteelliset artikkelit aineistona ja kontekstina ajallinen ulottuvuus

Aineisto voi olla tutkimuksen synnyttämä tai luonnollinen aineisto (Ronkainen ym. 2013, 108). Lehtiartikkelit kuuluvat jälkimmäiseen eli ne eivät ole syntyneet tutkielmaani varten, vaan ovat muutenkin olemassa. Artikkelit syntyvät suhteessa siihen tilanteeseen, mihin kirjoittajat sen ymmärtävät (Jokinen ym. 2012, 84–85). He eivät ole kirjoittaneet niitä siis minulle tutkimuksen kohteeksi vaan toisille tutkijoille, päättäjille tai alan työntekijöille.

Lehtiartikkelit olen kerännyt *Alkoholipolitiikka*- ja *Yhteiskuntapolitiikka* -lehden vuosikerroista 1970-luvulta lähtien. *Alkoholipolitiikka*-lehti on perustettu vuonna 1936 nimellä *Alkoholiliikkeen Aikakausikirja*. Vuonna 1998 se muuttui aiheiltaan laajemmaksi hyvinvointitutkimukseen keskittyväksi *Yhteiskuntapolitiikka*-lehdeksi. (Yhteiskuntapolitiikka-lehden Internet-sivut.) Aineisto kertoo artikkeleiden aiheiden lisäksi niistä instituutioista, organisaatioista ja käytännöistä, joista ne tulevat (Ronkainen ym. 2013, 112). Tämä on oleellista myös tässä tutkimuksessa, kun julkaisija on muuttunut useampaan kertaan ensin *Alkosta Stakesiin* (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus) vuonna 1996 ja sen jälkeen *Kansanterveyslaitokseen* yhdistymisen myötä vielä *THL:ksi* (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos) vuonna 2009. Samalla tavalla kuin lehti on muuttunut

nimen muutoksen myötä aiheiltaan laajemmaksi, myös julkaisija on laajempien aiheiden asiantuntijaorganisaatio. Lisäksi Alkon rooli alkoholituotteiden myyjänä ja lehden julkaisijana herättää kysymyksen objektiivisuudesta täysraittisuuden suhteen. Alkolla oli lain mukaan veloitettu rahoittamaan tutkimusta alkoholihaittojen ehkäisemiseksi. Warsellin (1998, 483–484) mukaan tämä ei kuitenkaan ole näyttäytynyt ongelmallisena, vaan alkoholipoliittinen vastuu on ollut eettisesti luotettavalla pohjalla.

*Alkoholipoliitikka*-lehti oli alkoholikysymysten tietolähde, jota luettiin ammatillisessa mielessä. 1982 tehdyn lukijakyselyn mukaan lehteä luki useimmiten vakavarainen ja lukenut kaupunkilainen mies, joka oli *Alkon* henkilökuntaa, ravintola-alalla, opetus- tai tiedonvälitystehtävissä tai sosiaali-, päihde- tai nuorisohuollon tehtävissä. Näiden lisäksi lukijakuntaan kuuluivat kansanedustajat, toimittajat ja *Alkoholitutkijain seuran* jäsenet. Lukijat olivat kiinnostuneimpia omaa ammattia lähellä olevista kirjoituksista. Esimerkiksi sosiaalialalla työskentelevät olivat kiinnostuneita päihdehuollon ongelmista. Lehdellä pyrittiin vaikuttamaan poliittisten päättäjien kautta päätöksen tekoon ja toimittajien kautta suureen yleisöön, kun tutkimustulokset levisivät myös joukkotiedotusvälineiden kautta. Ammattikäytäntöihin lehdellä vaikutettiin alalla työskentelevien kautta. (Piispa 1983, 208–213.)

Tekstiaineistoa tutkittaessa tulee ottaa huomioon, mitä varten ja missä yhteydessä teksti on kirjoitettu (Nikunen 2005, 50). Tutkimukseni lehtiä lukevat päättäjät ja päihdealan työntekijät. Lehtien tutkimustieto vaikuttaa siis montaa reittiä päihdepalveluiden asiakkaisiin, kun niissä raportoidut tutkimukset voivat vaikuttaa niin alaa koskevaan päätöksentekoon kuin käytännön työhönkin. Se, minkälainen työ on ollut esillä, on voinut vaikuttaa järjestöjen saamaan rahoitukseen ja erilaisiin työmuotoihin. Näin tutkimuksella on vahva vaikutus myös käytäntöön. Se vaikuttaa sitä kautta erilaisiin päihdepalveluiden muotoihin, joita niiden asiakkaille on tarjolla ja tällä voi olla vaikutusta päihdeasiakkaiden kuntoutukseen. Tutkimuksessa saattaa esiintyä trendejä, jolloin jotakin voi jäädä myös tutkimatta ja tämä voi aiheuttaa myös tietynlaisen päihdetyön jäämisen varjoon. Tutkin tieteellisen tekstien välittämää kuvaa järjestötyöstä ja pohdin, minkälainen työ on esillä ja minkälainen jää huomiotta. Tätä helpottaa pitkä tutkimusajanjakso, jolloin selvemmin huomaa mahdollisia erilaisia tutkimustrendejä. Tutkimuksessa voi näkyä ajanjaksoille tyypillisiä virtauksia.

*Alkoholi- ja Yhteiskuntapolitiikka* -lehti on ilmestynyt 5-6 kertaa vuodessa ja yhdestä julkaisusta löytyy noin 5 tieteellistä artikkelia, joten vuosittain niitä on julkaistu useampi kymmenen. Lisäksi lehdistä löytyy pienempiä juttuja, keskustelun avauksia, näkökulmia, kirja-arvosteluja ja pääkirjoitus. Olen rajannut oman tutkimukseni koskemaan lehdistä löytyviä useamman sivun tutkimusartikkeleita, analyyskejä ja avauksia. Rajasin aineistoni näin, koska ne ovat lehtien ydintä, joka on pysynyt suunnilleen samana koko tutkimusajanjakson. Keskeisestä roolista kertoo muun muassa se, että 1970-luvun lehdissä artikkelit on kirjoitettu sisällysluetteloon isolla ja ne löytyvät lehden alkuosasta. Näin aineisto pysyy myös kohtuullisen kokoisena. Tutkimusartikkeleista olen vielä rajannut pois ulkomaisesta päihdehoidosta kirjoitetut artikkelit.

Tutkimustietoa ei hankita huvin vuoksi, vaan sillä on päämääränsä ja yhteys yhteiskunnallisuuteen. Tutkimuksen tavoite voi olla esimerkiksi jonkin ajattelutavan paljastaminen tai purkaminen, käsitteellistäminen, teorian testaaminen, jonkin pienen ryhmän äänen tai kokemusten esiin nostaminen, rakenteiden selittäminen, prosessin kuvaaminen tai ymmärrettävyyden lisääminen. Tutkimustieto muokkaa, millaista todellisuutta nähdään ja millaista todellisuutta tiedolla luodaan. (Ronkainen ym. 2013, 23–24.) Tutkimusaineistolla on vahva yhteys yhteiskunnallisuuteen, koska tutkimuksella ja niistä kirjoitetuilla artikkeleilla voidaan perustella ja oikeuttaa toimia, joilla muutetaan yhteiskunnallisia oloja. Tutkimuksen tekemisessä pyritään objektiivisuuteen ja pyrkimys on luoda tutkimuksen kohteesta johdonmukainen kuva systemaattisesti ja rationaalisesti. Tieteeseen ei saa kuitenkaan uskoa vakiintuneena totuutena, vaan myös siihen tulee suhtautua kriittisesti. Tutkijoilla voi olla ennakkokäsityksiä ja rajoitteita, vaikka tarkoitusperät ovat hyvät. (Alasuutari 2007, 233–236.)

## 4.2 Metodologiset valinnat

Tutkielmani on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Se voidaan jakaa kolmeen luokkaan: aineistolähtöiseen, teoriasidonnaiseen tai teorialähtöiseen analyysiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 92–115.) Tämä tutkielma kuuluu ensimmäiseen, joten aineisto määrää tutkimuksen suunnan. Laadullisella tutkimuksella ei haeta tilastollisia syy-seurausyhteyksiä, vaan tarkoituksena on ymmärtävä selittäminen. Laadullisessa analyysissä voi yhdistellä raakahavaintoja joukoiksi ja kaikkien havaintojen tulisi olla samansuuntaisia, yksikin poikkeava kommentti tulee ottaa huomioon. Havainnot käyvät vuoropuhelua aikaisemman tutkimuksen ja teorioiden kanssa. (Alasuutari 1999, 48–54.)

Käytän analyysimetodina kategorisaatiota, jonka teoreettiset juuret sijoittuvat etnometodologiaan. Siinä puheen nähdään olevan osa arjessa tapahtuvaa aktiivista toimintaa, jonka avulla sosiaaliset toimijat tuottavat ja uusintavat todellisuutta ja sosiaalista järjestystä. Kiinnostus kohdistuu nimenomaan tekemiseen; ei mielenliikkeisiin. Todellisuus ei kuitenkaan ole pysyvä tai sama joka tilanteessa. (Peräkylä 1990, 15–16 ja 146–148.) Näen tämän tarkoittavan sitä, että esimerkiksi päihdeongelmainen tarkoittaa eri asiaa lähiomaiselle kuin lääkärille. Ensimmäiselle suhde on henkilökohtainen ja jälkimmäiselle ammatillinen. Etnometodologit ovat kiinnostuneita puheen seurauksellisuudesta eli ketkä ovat osallisena kuvaukseen ja missä ympäristössä ja ennen kaikkea siitä, miten se muuttaa olosuhteita. (Emt. 1990, 15–16 ja 146–148.)

Etnometodologiaa soveltaville sosiaalitieteilijöille totuus löytyy jokapäiväisistä teoista ja elämästä. Kategorioita ja niiden luonnetta rakennetaan arjessa ja ne ovat yhteisössä kaikkien ymmärtämiä ja jakamia. (Jarry 1991, 240–247.) Etnometodologiaan pohjaava kategoria-analyysi tarkastelee instituutioita toiminnassaan rakentuvina, kun instituutioissa määritellään muun muassa tavoitteita ja toimintatapoja (Jokinen 2012, 227). En kuitenkaan tarkastele tutkielmassani suoraan instituutioita ja niiden arkea. Tarkastelen niitä tutkimusartikkeleiden kautta eli tavallaan toisen käden tietona. Artikkeleissa pyritään kuitenkin objektiivisesti kertomaan ja kuvaamaan eri kolmannen sektorin toimijoiden toimintaa ja peruseräilyä.

Tutkimuksella on yhteys myös konstruktiiviseen ajatteluun, koska kyseessä on kielen tutkiminen (Nikunen 2005, 51). Kielellä luodaan sosiaalista todellisuutta ja tieteelliset artikkelit ovat osallisia yhteiskunnan luomisessa ja kuvauksia todellisuudesta. Tieteeseen tulee suhtautua kriittisesti, koska tiedon vahvistaa vain pieni korkeasti koulutettu osa ihmisistä. Tiedettä ei saisi ottaa totuutena. Se kuitenkin rakentaa todellisuutta, olivatpa tulokset päteviä tai eivät. (Alasuutari 2007, 110 & 233–236). Tutkimuksen kieli on kuitenkin erilaista kuin arkikieli ja mitä lähemmäksi nykyisyyttä tullaan, sitä ”siistimmäksi” se tulee (Jokinen ym. 2012, 244–245). Tutkielmani aineiston kieli on siis arkikieltä korrektivaa kategorisointia. Tutkimusartikkeleissa voidaan puhua päihteiden käytöstä, kun taas arjessa puhutaan juopottelusta.

Etnometodologiassa kieli nähdään vuorovaikutuksellisenä (refleksiivisenä) ja tilannesidonnaisena (indeksikaalisena) (Välimä 2011, 25). Tutkielmassani lehtiartikkelit toimivat aineistona ja teksteissä kieli sekä nimeää että kuvaa sekä on vuorovaikutuksessa ihmisten ja ympäristön kanssa. Ne eivät kuitenkaan ole yksi yhteen todellisuuden kanssa. Todellisuus näkyy artikkelien kielessä ja tutkijoiden

valinnoissa. Toisaalta artikkeleilla rakennetaan yhteistä jaettua kulttuuria. Kategorisaatiossa on keskeistä myös kuvaamisen tunnistaminen, mitä voidaan kutsua vastinparien luomiseksi. Tällöin kategoria on kertojalle ja kuulijalle yhteinen ja jaettu. Toisaalta tunnistamattomuus kertoo kategorioiden ajallisuudesta ja paikallisuudesta, jos esimerkiksi uudempi sukupolvi ei tunnista historiallista kategoriaa tai kuulija ei ymmärrä erityisalan sanastoa. Kategoriat ovat siis muuttuvia ja vaihtuvia (Jokinen ym. 2012, 52 & 75–76). Jos lukija tai kuulija ei esimerkiksi tiedä, mitä AA tarkoittaa, ei kokemus ole yhteinen ja merkityksellinen.

Jokinen ym. (2012, 53) puhuvat myös kategorioiden seurauksellisuudesta eli valinnoista. Tilannesidonnaisuudesta tässä tutkimuksessa kertoo se, että kirjoittajat valitsevat aikaan ja paikkaan sopivia kategorioita. Tämä näkyy esimerkiksi asenneilmapiirin muutoksena laitoshoidosta avohoitoon tai taloudellisen tilanteen merkityksen korostumisena 1990-luvulla. Nämä vaikuttavat siihen, mitä ominaisuuksia päihdehoidon toimijoista mainitaan. Kolmannen sektorin toimijaa AA:ta voidaan esimerkiksi kuvata termeillä avohoito, ruohonjuuritason liike, oma-apuryhmä tai vertaistukiryhmä. Sillä on merkitystä, miten asioista puhutaan ja minkälaista kuvaa AA:sta kolmannen sektorin toimijana rakennetaan.

#### 4.3 Kategoriatutkimus

Jäsenyysskategoria-analyysi eli Membership Categorization Device (MCD) on kehitetty keskusteluanalyysiksi, mutta sitä on käytetty myös lehtiaineistoja tutkittaessa. Minna Nikunen on käyttänyt tätä analyysitapaa *Surman jälkeen itsemurha, kulttuuriset luokitukset rikosuutisissa* -väitöskirjassaan (2005) tutkiessaan murha-itsemurhien kulttuurisia jäsennyksiä sanomalehdissä. Hän tutkii sanomalehtien tekstejä ”puheenvuoroina” (Nikunen 2005, 51). Myös Irene Roivainen on käyttänyt tätä analyysimetodia väitöskirjassaan (1999) *Sokeripala metsän keskellä: lähiö sanomalehden konstruktiona*. Tässä tutkielmassa käytän myös jäsenyysskategorisaation keinoja kirjoitettuun aineistoon, kun tarkastelen tutkimusartikkeleita puheenvuoroina järjestöjen tekemästä päihdetyöstä.

Jokinen ym. (2012, 41) huomauttaa, että myös sosiologinen tutkimus tuottaa rakennekategorioita ja on näin ollen hyvä tutkimuksen kohde. Tutkielmani aineistossa on lisäksi hoitotieteellisiä, lääketieteellisiä ja psykologisia tutkimusartikkeleita. Tutkielmassani kategoriat rakentuvat siis hyvin monenlaisista lähtökohdista. Sovellan tutkielmassani Harvey Sacksin 1960-luvulla kehittämää jäsenyysskategoria-analyysiä, jolla tutkitaan kulttuurisia jäsennyksiä. Jäsenkategoria-analyysissa

ollaan kiinnostuneita siitä, miten kategoriat on sosiaalisesti tuotettu ja miten ne jäsentävät sosiaalista järjestystä. (Alasuutari 1999, 119 & Forsberg ym. 1991, 120.) Jäsenkategoria-analyysissä käytetään eräänlaista apparaattia, joka sisältää erilaisia käsitteitä ja toimintoja, joiden avulla aineistoa pyritään järjestämään (Järviluoma & Roivainen 1997, 22–23). Jäsenkategoria-analyysiin liittyvillä käsitteillä voi olla helpompi tarttua aineistoon (Ritala-Koskinen 1991, 107). Analyysitapaan liittyvät käsitteet auttoivat järjestämään laajaa ja monisäikeistä aineistoa, jonka järjestäminen tuntui alkuun haastavalta tehtävältä. Kerron seuraavassa jäsenkategoria-analyysiin liittyvistä käsitteistä, jotka liittyvät tämän tutkielman analyysiin.

Alun perin Sacksin jäsenkategorisointi tarkoitti ihmisten luokittelua ja kategorisointi liittyikin useimmiten ihmisiä tai ihmisryhmiä koskeviin ilmauksiin, kuten äiti, opettaja tai ateisti. Sen lisäksi voidaan tutkia rakenteita, mikä on tämän tutkielman keskiössä. Kategoria-analyysissä tutkitaan vakiintuneita käsityksiä ympäristöstä, mitkä lähempi tarkastelu osoittaa moniulotteisemmiksi kuin ensiajatukselta uskoisi. (Jokinen ym. 2012, 40 & 58.) Esimerkiksi kolmas sektori on vakiintunut käsite, mutta jo tutkimukseni alkuvaiheessa se aiheutti ongelmia moniulotteisuudellaan. Käsitteeseen sisältyvien järjestöjen ja yhdistystenkin lähtökohdat ja toiminta poikkeavat paljon toisistaan. Eri kategorioiden erontekojen lisäksi löytyy paljon myös samanlaisia toimintoja, kuten lähtökohdiltaan erilaisten toimijoiden AA:n ja A-klinikoiden perusta avohoidossa. Vaikka tutkittaisiin instituution kategorisaatiota, liittyy siihen usein jotain personoituja kategorioita eli ihmisryhmiä. (Emt. 2012, 59.) Päihdehoitoon liittyvät esimerkiksi alkoholiongelmainen, asiakas tai potilas ja toisaalta vertaistuki, terapeutti tai ammattilainen. Juhila, Jokinen ja Suoninen (2012, 59–60) pitää kiinnostavana näiden ei-personoitujen ja personoitujen kategorioiden yhteiskäyttöä ja niiden seurauksellisuutta.

Sacksin MCD -analyysillä voi kuvata *kategoriakokonaisuuksia*, joita yhteisön jäsenet käyttävät yhteisesti. Kokonaisuuden nimitys voisi olla esimerkiksi sukupuoli, ikä, rotu tai uskonto ja nimitykset tulevat jäseniltä, ei tutkijalta. Kategoriat tulee olla sellaisia, jotka kaikki ymmärtävät ja osaavat päätellä (Sacks 1989, 89). Tutkielmassani kategoriakokonaisuuden muodostaa kolmas sektori ja kategorioita ovat esimerkiksi AA-kerhot, A-klinikka, kristilliset päihdejärjestöt ja raittiusliike. Toisaalta voi ajatella, että kategoriakokonaisuuden muodostaa päihdehoito, joka sisältää kategoriat julkinen ja kolmas sektori. Kategoriat voivat olla myös *hierarkkisessa suhteessa* toisiinsa nähden (Forsberg ym. 1991, 114). Joissain tilanteissa voi nähdä julkisen olevan kolmatta sektoria ylempänä, jos se esimerkiksi ostaa palveluita kolmannelta sektorilta. Tällöin sillä on valtaa määritellä



haluamansa palvelut ja sen ostohalukkuudesta riippuu, millaisia palveluita kolmannen sektorin toimija tuottaa. Kolmannen sektorin palveluita voidaan pitää myös julkisten palveluiden täydentäjänä. Näen myös siinä hierarkiaa, kun kolmannen sektorin toiminta on riippuvaista siitä, mitä julkinen tekee ja millaisia palveluita se rahoittaa.

Kategorioista voi muodostaa myös *pareja* (Ruusuvuori 2001, 394). Kolmannen sektorin kategoriapari voisi olla esimerkiksi julkinen sektori tai yksityinen sektori. Kategorisaatiossa on eronteon kautta läsnä myös kategorioita, joita ei mainita. Esimerkiksi kolmannesta sektorista puhuttaessa on läsnä myös julkinen ja yksityinen sektori tai avohoidosta puhuttaessa laitoshoido. Järviluoma & Roivainen (1997, 17) kutsuu tällaista *vakiopariksi* eli kun toinen mainitaan, on toinenkin läsnä. Nämä vakioparit voivat olla myös *laadullisesti rakennettuja*. Tämä tarkoittaa adjektiivin lisäämistä kategoriaan (Jauhiainen 1984, 20). Tässä tutkielmassa se voisi olla esimerkiksi voittoa tavoittelematon kolmas sektori. Tässä tutkielmassa tarkastelen nimenomaan näitä laadullisia piirteitä eli millaisia ominaisuuksia eri kolmannen sektorin toimijoihin liitetään. Nämä ominaisuudet voivat olla kolmannelle sektorille luonteenomaista toimintaa, mutta myös luonteenvastaista.

Toinen jäsenyysskategorisointiin liitetty termi on *kategoriasidonnainen toiminta* (Ruusuvuori 2001, 395). Meillä on käsitys siitä, mitä kolmas sektori tarkoittaa. Sen ajatellaan sisältävän voittoa tavoittelematonta työtä, johon liittyy vahvasti myös vapaaehtoinen toiminta. Kolmannen sektorin voidaan ajatella tekevän sellaista ”hyväntekeväisyyttä”, johon ei kunnallisilla toimijoilla ole resursseja. Kolmannen sektorin työ voidaan nähdä vähempiossaisten tai jonkin marginaaliryhmän auttamisena. Eri henkilöt voivat kuitenkin kuvata ja nähdä asioita eri tavoin (Roivainen 1991, 154). Tässä tapauksessa luokittelun kohteena on kolmas sektori. Aineistoa tarkastelemalla saa tietoa siitä, kuinka eri tavoin kolmatta sektoria kuvataan ja muodostaa sen kautta yhteenveto siitä, miten kuvaa kolmannen sektorin toimijoista luodaan ja ylläpidetään.

Kategoria-analyysiin liittyy ajatus luokittelemalla syntyvästä järjestyksen tuottamisesta. Nämä liittyvät usein kategoriasidonnaisiin ominaisuuksiin ja kategorioihin liitettyihin oikeuksiin ja velvollisuuksiin. Järjestystä voidaan tuottaa sekä personoitujen että ei-personoitujen kategorisaatiossa. Jos oikeuksiin tai velvollisuuksiin liittyvä järjestys rikkoutuu, sitä on selitettävä. (Jokinen ym. 2012, 70 & 133.) Tutkimusartikkelit luovat järjestystä kuvaamalla hyviä käytäntöjä päihdehoidossa ja sitä kautta pyrkivät kehittämään toimintaa oikeaan suuntaan. Kolmannen

sektorin päihdehoidon eetos hoidon inhimillisyydestä murtuu, jos kolmannen sektorin toimintaan liitetään yhä useammin epäinhimillisiä piirteitä. Tähän liittyy myös personoitujen kategorioiden velvollisuuksia, kun asiakkaille asetetaan velvollisuudet varata aika ja pitää siitä kiinni.

#### 4.4 Analyysin eteneminen

Kerron kronologisessa järjestyksessä aineiston keräämisestä ja analyysin etenemisestä. Työ on sujunut hyvin polveilevasti ja suunnitelmia on pitänyt matkan varrella muuttaa, koska olen toteuttanut tutkielmaani hyvin aineistolähtöisesti. Alkuun en ollut aivan varma myöskään ajanjakson pituudesta ja se varmistui vasta aineistoa kerätessäni. Sekä aineiston kerääminen että analysointi on vienyt suunniteltua enemmän aikaa. Olenkin tehnyt kirjoittamistyötä useaan kertaan, koska esimerkiksi analyysin tekeminen vuosikymmenittäin osoittautui hyvin keinotekoiseksi ja vaikeaksi toteuttaa.

Tutkielmani on osa yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikön hanketta *Kolmas sektori, valtio ja politiikka: analyysi suomalaisen yhteiskunnan muutoksesta 1970-luvun alusta nykypäivään*. Koneen säätiön rahoittamassa hankkeessa ovat mukana Hannele Palukka, Tiina Tiilikka ja Petra Auvinen. Hankkeen tutkimuksessa on käytetty aineistona *Alkoholi-* ja *Yhteiskuntapolitiikka* -lehtien vuosikertojen pääkirjoituksia. Yhteisissä tapaamisissa matkan varrella olemme keskustelleet laajasti aineistosta ja aiheesta, mikä on syventänyt ymmärrystäni. Olen saanut tukea aiheeseen ja rajaukseen liittyvissä kysymyksissä, kuten millaiseen kolmannen sektorin toimintaan kiinnitän huomiota. Tässä tutkielmassa keskityn niihin aineistosta löytyviin kolmannen sektorin toimijoihin, jotka tarjoavat apua päihdeongelmiin.

Keräsin aivan ensimmäiseksi *Yhteiskuntapolitiikka*-lehdestä löytyvät artikkelit, koska ne löytyivät sähköisessä muodossa ja tuoreimpina halusin ne ainakin mukaan tutkielmaani. Sen jälkeen kokosin aineistoa yhtä aikaa eri vuosikymmeniltä 1970-luvulta lähtien, jotta sain jonkinlaista kokonaiskuvaa aineistosta jo keräämisvaiheessa. Kutsun sekundääriaineistoksi artikkeleita, jotka tulostin otsikon tai/ja silmäilyn perusteella. Tarkempi tarkastelu osoitti, millaisessa roolissa järjestöjen tekemä päihdetyö näissä on. Jotkin artikkelit osoittautuivat hedelmättömiksi ja jätin ne pois. Pysin kuitenkin siihen, että kaikki erityyppinen järjestötyö päihdepalveluissa tulisi mukaan lopulliseen primääriaineistoon tutkimuksen luotettavuuden vuoksi.

Sanaparina ”kolmas sektori” ei sekundääriaineistossa esiinny ennen 2000-lukua, vaan yleensä käytetään ilmaisia raittiusliike, -yhdistys tai -järjestö tai jokin muu yhdistys tai järjestö. Lisäksi artikkeleissa esiintyy useasti AA-kerho tai A-klinikka ja joskus myös kirkko. Lasken nämä kaikki kolmannen sektorin toimijoihin. A-klinikat ovat joskus myös kaupungin tai kunnan toimipisteitä, mutta ensimmäiset A-klinikat ovat A-klinikkasäätiön perustamia. Jos artikkelissa ei ole erikseen mainittu, että kyseessä on kunnan toimija, olen laskenut A-klinikkaa käsittelevät artikkelit mukaan aineistooni. Sekundääriaineistossa esiintyy myös kolmannen sektorin toimijoita, joiden ensisijainen tehtävä ei liity päihteisiin. Näitä ovat työmarkkinaosapuolet ja erilaiset kansainväliset terveysjärjestöt, kuten WHO eli Maailman terveysjärjestö. Työmarkkinajärjestöt, kuten SAK ja ammattiyhdistykset liittyvät artikkeleihin, joissa käsitellään työpaikoilla tapahtuvaa hoitoonohjausta. Nämä kolmannen sektorin toimijat eivät kuulu tarkasteluni piiriin, koska päihdehoitoon osallistuminen ei ole niiden primäärinen tehtävä.

Aloitin aineiston lähemmän tarkastelun 1970-luvulta ja sen jälkeen siirryin 1980-luvun tutkimusartikkeleihin, jotka koskivat kolmatta sektoria. Keräsin niistä tiedot liitteen 2 mukaisesti sisältäen artikkelin kirjoittaja(n/t), otsikon, ilmestymisvuoden, kolmannen sektorin toimijat, toiminnan tavoitteen, tehtävän ja kohteen. Näistä esimerkiksi vuoden 1992 artikkeli jäi pois primääriaineistosta, koska artikkelista ei löydy selvää mainintaa, että mukana olisi mikään järjestö. Tässä vaiheessa olin tehnyt jo paljon työtä ja jatkon helpottamiseksi aloin pohtia tutkimukseni tarkempaa rajaamista. Koska olin kiinnostunut lähinnä päihdeongelmaisista ja heille suunnatuista palveluista, rajasin tutkimukseni artikkelit koskemaan nimenomaan **päihdeongelmallisille** tarjottavia kolmannen sektorin palveluita. Näin myös liitteen 2 vuoden 1982 artikkeli jäi pois primääriaineistosta, koska siinä ei käsitellä päihdeongelmaisten hoitoa, vaan kyse on koko kansan valistuksesta. Tämä rajausta vähensi huomattavasti raittiusliikkeestä kertovia artikkeleita, koska raittiusliike on kunnostautunut enemmän ennaltaehkäisevään valistustyöhön, joka kohdistuu useammin koko väestöön kuin ainoastaan päihdeongelmaisiin. Lisäksi päivitin taulukkoa ja aloin jatkossa lukea artikkeleita seuraavien kysymyksien avulla:

1. Millaisesta kolmannen sektorin päihdepalvelusta on kyse?
2. Mitkä ovat päihdepalvelun tavoitteet?
3. Mitkä ovat hyvän kolmannen sektorin päihdepalvelun piirteitä?
4. Mitkä ovat huonon kolmannen sektorin päihdepalvelun piirteitä?

Nämä jatkokysymykset auttoivat hahmottamaan niitä positiivisia ja negatiivisia piirteitä tai ominaisuuksia, mitä päihdepalveluissa tavoiteltiin tai pyrittiin välttämään. Tämä auttoi jäsentämään aineistoa ja toi esille painotuseroja eri ajanjaksoissa. Kolmas sektori ei ole näissä artikkeleissa aina niin vahvasti läsnä, mutta poimimissani artikkeleissa se on aina mainittu ainakin osana päihdepalveluita.

Jaoin primääriaineistoni aluksi kahdella tapaa: vuosikymmenittäin ja teemoittain. Kirjoitin raakaversiot eri vuosikymmenistä, jotta minulle hahmottui, mitä olin artikkeleista löytänyt. Tarkastelin, miten erilaiset teemat poikkeavat eri aikoina. Tutkimusartikkelit kertovat muun muassa asunnottomien alkoholistien, työläisten tai nuorten hoitomuodoista. Toisaalta osa artikkeleista kertoo enemmän päihdehoidon kohteista: eri alkoholiongelmaisten ryhmistä, huumeidenkäyttäjistä tai päihde- ja mielenterveysongelmallisista. Näissä on kuitenkin aina mukana kolmannen sektorin hoitomuoto jollain tapaa. Joissain se on kyllä hyvin pienessä sivuroolissa, kuten Heikki Suhosen artikkelissa *”Hoitoonohjauksen ideologia”* tai Jouni Tourusen artikkelissa *”Ensi kertaa katkaisuhuoltoon hakeutuneiden miesten elämäntilanne”*. Nämä olen ottanut kuitenkin mukaan aineistooni, vaikka niitä ei ole käytetty tarkemmassa analyysissä.

Ensimmäisen luentakerran jälkeen havaitsin tietynlaisten teemojen toistumisen eri ajanjaksoina, mutta huomasin myös, että samat asiat toistuvat läpi ajanjakson. Halusin saada varmistuksen siihen, että tulokseni olisivat myös määrällisesti todistettavia, joten toisella lukukerralla päätin myös kirjata, millaisena päihdehoidosta puhutaan. Eri teemojen jaottelun määrällinen merkitseminen toi minulle vakuuttavuutta siitä, että tutkielmallani on myös määrällisiä perusteita. Tämän avulla pystyin paremmin hahmottamaan, millaiset puhettavat olivat hegemonisia milloinkin.

Tässä määrällisen selvityksen vaiheessa, merkitsin artikkelin kohdalle taulukkoon, missä eri yhteyksissä jostain kolmannen sektorin toimijasta puhutaan. Tämän myötä selvisi, että vuosikymmenittäin luokittelu on keinotekoista, koska puhetapojen tihentymät menevät päällekkäin ja kestävät eripituisia aikoja. Selvimmät ajanjaksollisesti erotettavat puhettavat kronologisesti ovat inhimillinen, ideologioista keskusteleva, hoitoa kehittävä, laadukas ja taloudellinen. Näistä löytyi myös vastakohtia, kun toiminta voi näyttäytyä jostain näkökulmasta jonakin aikana esimerkiksi inhimillisenä ja toisessa kohdassa epäinhimillisenä.

Tarkastelin näitä erilaisia kolmannen sektorin ominaisuuksia kategoriaparien kautta. Inhimillisyyden näkökulmaan liittyivät kategoriaparit avohoito – laitoshoido, vapaaehtoisuus – vastentahtoisuus ja

solidaarisuus – valikointi. Ideologisessa keskustelusta kategoriaparina näkyvät hoidon tavoitteet täysraittius – kohtuukäyttö. Hoidon kehittämisessä oli nähtävissä kategoriapareina fyysinen – psykososiaalinen – lääketieteellinen päihdehoito. Laadukkaan hoidon tarjoajana keskusteltiin hoidon ammatillisuudesta ja kategoriaparina näyttäytyy professionaalisuus – maallikko-osaaminen ja toisaalta päihdeongelman yksoillisyys – yhtenäinen elämäntaari. Taloudellisena toimijana kolmannen sektorin toimijat näyttötyivät kolmessa eri roolissa markkinaehtoisena – kumppanina – itsenäisenä toimijana. Pysin avaamaan näitä paremmin tuloksissa, joissa käsittelen kolmannen sektorin eri ominaisuuksia kategoriaparien kautta kronologisessa järjestyksessä.

Tulosluvussa 5 on paljon aineisto-otteita, koska aineisto on merkittävässä roolissa tutkielmassani. Olen kirjannut kaikki aineisto-otteet ”kursiivilla lainausmerkkeihin”. Pidemmät otteet olen kirjannut erikseen ja mainitsen perässä suluissa kirjoittajan ja vuoden. Näin lukija voi paikantaa aineisto-otteet ajalliseen kontekstiinsa. Lyhemmät alle virkkeen mittaiset lainaukset ovat tekstin sisällä ilman kirjoittajaa ja ilmestymisvuotta luettavuuden vuoksi. Kolme pistettä (...) merkitsevät poistettuja kohtia aineistosta. Nämä ovat sisältäneet analyysin kannalta epäolennaisia asioita. Omat huomioni olen lisännyt hakasulkeisiin ([ ]). Näihin olen lisännyt tarkennuksena esimerkiksi sen kolmannen sektorin toimijan, mistä artikkelissa on kyse.

#### 4.5 Eettisyys aineiston keräämisessä ja analyysissä

Tutkimuseettisiä asioita jouduin pohtimaan lähinnä aineiston keräämisessä ja analysoimisessa. Koska aineistona toimivat julkiset tieteelliset lehtiartikkelit, kyseessä ei ole arkaluonteisen aineiston kerääminen tai analysoiminen. Itse aineiston kokoaminen ei aiheuttanut kenellekään haittaa. Analysoinnin tulokset taas luovat kuvaa kolmannelta sektorista ja keräämisessä tai analyysissä tapahtuneet virheet voivat vääristää tätä kuvaa.

Pysin välttämään aineiston keräämiseen liittyviä virheitä ja eettisiä ongelmia kuvaamalla aineiston keruun vaiheet ja kertomalla valintojen taustalla olevat syyt. Tahallisesti en jätä huomioimatta yhtään artikkelia. Lisäksi pyrin aineiston käsittelyssä systemaattisuuteen ja tarkkuuteen. Tarvittaessa perustelen pois jättämäni aineiston, koska karsin pois joitakin artikkeleita, jotka ovat liian löyhästi yhteydessä aiheeseeni. Aineiston pitäisi olla riittävä, jos siitä ei tule enää mitään uutta tietoa (Ronkainen ym. 2013, 117). Liitteestä 1 tutkimuksen lopusta löytyy aineistooni kuuluneet artikkelit, joten ulkopuolisen on mahdollisuus tarkistaa aineistoni ja analyysini loogisuus. Lehtien vuosikerrat ovat avoimesti saatavilla, joten kuka tahansa pystyy tarkistamaan keräämäni aineiston.

Analyysin eettisyyden kannalta ongelmana voi nähdä leimaavat tulokset, jos aineisto ei ole kattava, eikä analyysi systemaattinen (Tutkimuseettinen neuvottelukunta). Oma historiani ja käsitykseni voivat vaikuttaa tuloksiin ja näin ollen vääristää niitä (Alasuutari 2007, 236). Aihe on minulle kuitenkin ennestään tutkimatonta ja omaan lähipiiriinikään ei kuulu päihdeongelmaisia tai päihdepalveluiden käyttäjiä, joten olin aiheen suhteen hyvin avoin. Aineisto itsessään saattoi vaikuttaa käsityksiini luomalla kuvaa kolmannen sektorin päihdepalveluista. Niistä saattaa aistia asenteellisuutta eri hoitomuotoja kohtaan, kun tutkimuksissa pyritään selvittämään esimerkiksi päihdehoidon hyötyjä ja tuloksellisuutta. Laaja aineisto antaa kuitenkin monipuolisen kuvan. Tuloksissa pyrin eri näkökulmista avaamaan tarkasti ja objektiivisesti, millaisen kuvan tutkimusartikkelit luovat kolmannesta sektorista.

#### 4.6 Kolmas sektori aineistossa lukuina

Primääriaineistoni löytyy liitteestä 1, jossa on kerrottu artikkeleiden kirjoittajat, otsikot ja julkaisuvuosi. 1970-luvulla kolmannen sektorin toimija mainitaan 0–5 päihdeongelmaisten palveluista kertovassa artikkelissa vuosittain. 1970-luvun puolesta välistä lähtien maininnat yleistyvät. 1980-luvulla vastaavia artikkeleita ilmestyy 2–7 vuosittain ja vuosi 1987 on huippuvuosi, mutta koko vuosikymmenen ajan mainintoja esiintyy tiheään. 1990-luvulla tutkimusartikkeleitani on 1–5 vuosittain ja vuodet 1990 ja 1995 erottautuvat huippuvuosina, jolloin on ilmestynyt 5 artikkelia vuodessa. 2000-luvun ajanjakso on pitempi, koska se ulottuu vuoteen 2013. Suhteellisesti artikkeleita ilmestyy saman verran kuin 1970-luvulla ja vuosittain ilmestyykin 0–5 artikkelia, joista 2000 vuonna ei ilmestynyt yhtään ja vuonna 2012 eniten: 5 artikkelia.

Primääriaineistoni keskeisemmät toimijat ovat AA-ryhmät ja A-klinikka. Ensimmäinen on vertaistukeen perustuvaa päihdeongelmaisten hoitoa ja jälkimmäinen taas ammattilaisuuteen painottuvaa. Lisäksi artikkeleissa mainitaan kolmannen sektorin päihdeongelmaisten palveluiden tarjoajina raittiusliike (17), kirkko(13), A-killat (12), huumehoitoon erikoistuneita toimijoita (10), A-koti (8), paukunvartijat (3) ja turvakoti (2). Artikkeleissa esiintyy monesti useita eri kolmannen sektorin toimijoita.

Taulukossa 1 on esitetty primääriaineistoni toimijoita eri ajanjaksoilta ja siitä näkyy, kuinka tutkimusjakson jälkimmäisellä puoliskolla toimijoiden kirjo on laajentunut etenkin 1970-lukuun nähden. Raittiusliikkeen merkitys aineistossani on huomattavasti vähentynyt rajauksen myötä, mutta sekä AA että A-klinikka ovat edelleen merkittäviä kolmannen sektorin toimijoita. AA:n

merkitys artikkeleissa on suhteellisesti vähentynyt 1970-luvulta, kun taas A-klinikan osuus on säilynyt suunnilleen samana 1970–2000. Vuosituhannen vaihteen jälkeen A-klinikka tekee 10 prosenttiyksikön hyppäyksen, kun lähes 80 %:ssa artikkeleista mainitaan A-klinikan toiminta jossain muodossa. Esimerkiksi Järvenpään sosiaalisairaala siirtyi A-klinikkasäätiön alaisuuteen vuonna 1994 ja sitä aiemmin se on kuulunut valtion alaisuuteen, joten en ole sitä laskenut silloin mukaan aineistoon kuin vasta vuodesta 1994 lähtien. Taulukon määrissä on huomioitava, että A-klinikkasäätiöön olen laskenut mukaan kaikki sen alaisuudessa toimivat päihdehoidon muodot ja samoin AA-liikkeeseen olen poiminut kaikki hoitomuodot, jotka perustuvat AA-ideologiaan. Lisäksi olen laittanut listaan huumehoitoon erikoituneet toimijat erikseen yhteenlaskettuna sekä Järvenpään sosiaalisairaalan ja myllyhoidon myös omana rivinään.

*Taulukko 1. Tutkimusartikkeleiden määrät, joissa eri kolmannen sektorin toimijoita*

Kolmannen sektorin toimija	1970	1980	1990	2000
Artikkeleita yhteensä	21	43	33	27
A-klinikkasäätiö (sis. Järvenpää & huumehoito)	15	28	22	21
Järvenpään sosiaalisairaala	0	0	2	4
A-killat (yhteys A-klinikkaan)	2	4	3	3
AA-liike (sis. NA, myllyhoito, huumehoito)	18	21	15	8
Myllyhoito(yhdistys) perustuu AA-ideologiaan	0	1	4	2
Raittiusliike	0	10	7	0
Paukunvartijat (yhteys raittiusliikkeeseen)	0	0	3	0
Kirkko / hengellinen toiminta	1	4	3	5
A-koti	2	2	2	2
Helsingin diakonissalaitos	0	0	1	3
Huumehoito yht. (A-klinikka/HDL/AA)	0	0	7	3

Primääriaineistossani eniten mainintoja kolmannen sektorin toimijoista sijoittuu 1980-luvun artikkeleihin. Yhteensä tutkimusajanjaksolla on 5–10 sivun artikkeleita yhteensä 124. Kolmannen sektorin rooli painottuu siis 1980-luvulla ollen kaksinkertainen 1970-lukuun verrattuna. Myös 1990-luvulla artikkeleita on paljon, mutta määrä alkaa vähentyä tutkimusajanjakson loppupuolta kohden, koska lehti muuttuu aiheiltaan laajemmaksi *Yhteiskuntapolitiikaksi* vuonna 1998. Keskimäärin *Alkoholi-* ja *Yhteiskuntapolitiikka* -lehden vuosikerrassa ilmestyy noin 30–40 artikkelia eli niissä käsitellään myös paljon muita alkoholiin liittyviä ja yhteiskunnallisia aiheita.

## 5 KOLMANNEN SEKTORIN MUUTTUVAT ROOLIT

Päihdehoidosta kirjoitettaessa kolmas sektori on vahvasti läsnä, koska se on merkittävässä roolissa päihdepalveluissa. Kolmannen sektorin toimijat ovat hyvin moninaisia ja lähtökohdiltaan erilaisia ja se tulee hyvin esiin aineistossa. Suurimmat erot kolmannen sektorin toimijoissa löytyvät ideologioissa, työn teoriapohjassa ja työntekijöiden taustoissa. Aineistossa vertailua on enemmän kolmannen sektorin toimijoiden välillä kuin esimerkiksi kolmannen sektorin ja julkisen sektorin välillä.

Olen tarkastellut kolmannen sektorin toimintaa viidessä eri roolissa: inhimillisenä toimijana, ideologisenä toimijana, päihdehoidon kehittäjänä, laadukkaan hoidon tarjoajana ja toimijana markkinoilla. 1970-luvun alussa kolmas sektori näyttäytyy voimakkaimmin inhimillisen päihdehoidon tarjoajana. Tämä jatkuu myös 1980-luvulla, mutta silloin keskustellaan paljon myös muusta, kun halutaan ymmärtää päihdeongelman moniulotteisuutta. Terapian merkitys hoidossa korostuu, kun psykososiaalista hoitoa kehitetään. Lisäksi 1970-luvun lopulla ja 1980-luvun alkupuolella käydään vahvasti keskustelua päihdehoidon ideologiasta ja tavoitteista. 1990- ja 2000-luvuilla päihdehoidossa korostetaan laadukasta ja näin ollen vaikuttavaa päihdehoitoa. Samaan aikaan keskustellaan taloudellisen tilanteen vaikutuksesta päihdehoitoon ja palveluiden uudenaikaisista järjestämisen tavoista. Kaikissa puhetavoissa kolmas sektori on läsnä: välillä enemmän ja välillä vähemmän.

Kuvaan tässä tulosluvussa, miten aineistossa näkyvät nämä kolmannen sektorin eri roolit ja niiden muutokset. Alalukujen alussa kerron teoreettista taustaa luvulle, mutta pääpaino on aineiston kuvailulla teemoittain tai kategoriapareittain. Yhteenvetoluvussa tarkastelen enemmän sitä, miten roolien muuttuminen suhteutuu päihdepalveluiden kehitykseen ja ympäröivään yhteiskuntaan.

### 5.1 Inhimillisenä toimijana: vapaaehtoisuudesta valikointiin

Tässä alaluvussa tarkastelen sitä, miltä kolmannen sektorin toimijat näyttäytyvät aineistossa inhimillisyyden näkökulmasta. Päihdeongelma nähtiin pitkään järjestyshäiriönä ja päihdepalvelut olivat vaatimattomia (Kaukonen 2000, 202). 1960- ja 1970-luvuilla tapahtui muutoksia niin päihteiden käytössä kuin päihdepalveluiden järjestämisessä. Alkoholin kulutus kasvoi kaksinkertaiseksi alkoholipoliittisten muutosten myötä ja 1960-luvun huumeaalto teki huumeongelmaa näkyvämmäksi (Mäkelä ym. 2010, 14; Partanen 2002, 13–25). Lisäksi



päihdepalveluja humanisoitiin ja vapaaehtoisten hoitomuotojen käyttö lisääntyi. 1970-luvulla vapaaehtoista hoitoa käytettiin ensimmäisen kerran enemmän kuin pakkohoitoa. Lisäksi huumeiden käyttäjien hoito siirtyi mielisairaaloista päihdehoidon erityispalveluihin. (Kaukonen 2002, 147–155.)

Suomen päihdehuollossa vaikutti pitkä pakkohoidon perinne vuoden 1936 alkoholistilaista lähtien, mutta järjestöt ovat pyrkineet humanisoimaan sitä tarjoamalla vapaaehtoisia päihdepalveluita niin AA-kerhoissa kuin suurimpien kaupunkien A-klinikoilla (Kaukonen 2002, 148). Kolmannen sektorin toiminnan tavoitteena on hyvän tekeminen ja epäkohtien huomioiminen auttamalla jotain heikompa ihmisyhmää (Harju 2003, 13–15). Päihdepalvelujen inhimillistäminen liittyy tähän kolmannen sektorin hyvän tekemiseen ja heikompia auttamiseen. Aineistossa inhimillisyys näyttäytyy ominaisuutena, joka liitetään usein kolmannen sektorin toimintaan. Koska tutkimusajanjakso on pitkä, pystyy siinä havaitsemaan muutosta ja aaltoliikettä. 1970-luvulla päihdehoidon inhimillistäminen näkyy aineistossa vahvasti kolmannen sektorin ansiona. Mitä lähemmäs tullaan tätä päivää, sitä enemmän epäinhimillisyys alkaa näkyä myös kolmannen sektorin toiminnassa, kun asiakkaiden valikointi palveluihin lisääntyy ja saatavuus heikentyy.

Tässä alaluvussa inhimillisyyden ulottuvuudesta kategoriapareina näyttäytyvät ensinnäkin **pakkohoito** ja **vapaaehtoinen** hoito. Toisena kategoriaparina toimii **laitos- ja avohoito** ja kolmantena päihdeasiakkaiden kohteluun liittyvä asiakkaiden **valikointi ja solidaarisuus** kaikille yhtäläisinä palveluina, mihin sisältyy huolehtiminen heikoimmassa asemassa olevien päihdeasiakkaiden fyysisistä perustarpeista. Kategoriaparien jälkimmäiset osat kuvastavat kolmannen sektorin toimintaa inhimillisenä. Kolmas sektori on kuitenkin sellainen kategoriakokonaisuus, joka sisältää monenlaisia toimijoita. Jotkut voivat näyttäytyä enemmän muuttumattomina inhimillisinä toimijoina, kuten AA-kerhot vapaaehtoisen päihdehoidon tarjoajina läpi koko tutkimusajanjakson. Päihdepalvelujen tuottajajärjestöjen toiminta taas muuttuu enemmän esimerkiksi yhteiskunnallisen tilanteen ja ilmapiirin vaikutuksen myötä. Alla taulukossa 2 on jaoteltu inhimilliset ja epäinhimilliset ominaisuudet kategoriapareittain.

*Taulukko 2. Päihdehoitoon liitettäviä ominaisuuksia kategoriapareittain inhimillisyyden näkökulmasta*

INHIMILLINEN TOIMINTA	EPÄINHIMILLINEN TOIMINTA
- Vapaaehtoiset päihdepalvelut	- Pakkohoito
- Avohoito	- Laitoshoito
- Solidaarisuus ja kunnioittava kohtelu - Fyysisistä tarpeista huolehtiminen (asunto, ruoka ja puhtaus)	- Valikoidusti tarjotut palvelut - Palvelujen heikko saatavuus

Käsittelen kolmannen sektorin ominaisuutena ensin inhimillisyyttä ja sitä, miten se näyttäytyy aineistossa ja sen jälkeen epäinhimillisyyttä. Inhimillisyyden näkyy vapaaehtoisina avopalveluina ja päihdeongelmaisen kunnioittamisena, niin että tarjolla on asianmukaisia palveluita etenkin kaikkein heikoimmassa tilanteessa oleville päihdeongelmaisille. Epäinhimillisyyden näen sellaisena kolmannelle sektorille epäsopivana toimintana, jota joudutaan selittämään. Aineistossa tulee hyvin esiin, miten epäinhimillisyyden näkyy kolmannen sektorin toiminnassa, kun palvelujen saatavuus heikkenee ja muuttuu valikoivammaksi. Epäinhimillisyyden näkyy aineistossa erilaisten päihdeongelmaisten kohtelussa. Oikeudenmukaisen kohtelun toteuttaminen on vaikeutunut yhteiskunnallisten muutosten myötä. Samalla kun päihteiden käyttö on lisääntynyt ja palveluiden tarve kasvanut, päihdepalveluiden erityispalveluita ei ole lisätty samassa suhteessa, vaan niitä on jopa leikattu. (Murto 2006, 136.)

#### *Inhimillistä toimintaa: vapaaehtoista avohoitoa, olosuhteita ja hyvää kohtelua*

Päihdehoidon inhimillistämisestä järjestelmätasolla kertoo laitoshoidon vähittäinen purkaminen ja siirtyminen kohti avohoitoa. Kun toisesta kategoriaparista puhutaan, on myös toinen läsnä. Jos esimerkiksi avohoidosta puhutaan myönteiseen sävyyn, merkitsee se usein sitä, että laitoshoidon nähdään huonompana vaihtoehtona, vaikka sitä ei olisi edes mainittu. 1970-luvulla ne nähdäänkin usein vaihtoehtoisina tapoina järjestää päihdeongelmaisen hoito ja silloin korostuu vahvasti myönteinen suhtautuminen avohoitoon. Kolmas sektori näyttäytyy keskeisenä avopalveluiden tarjoajana, kun sekä AA-kerhojen että A-klinikoiden toiminta perustuu siihen. Niiden nähdään olevan päihdeongelmaiselle parempi vaihtoehto kuin liian pitkät, eristävät laitoshoidojaksot. Toki laitoshoidokin näyttäytyy tarpeellisenä joissakin tapauksissa, mutta avohoitoa priorisoidaan, koska

laitoshoidon ei nähdä vastaavan odotuksiin. Sitä vastoin avohoitoa ja AA-ryhmiä perustellaan hyvillä kokemuksilla ja tuloksilla:

*"A-klinikoita tai muuta vastaavaa avohoitoa ei kuitenkaan ole kaikkialla maassa tarjolla. Käytännössä avohoito tuottaa useimmissa tapauksissa parhaat tulokset. Avohoidossa voi käydä ilman, että työsuhde katkaistaan. Myös AA-ryhmiin osallistumisesta on myönteisiä kokemuksia. Siellä, missä klinikkapalveluja ei ole, AA-ryhmät ovat ainoa avohoitomahdollisuus. Joskus suljettu huoltolahoito nähdään ainoana mahdollisuutena, vaikka siitä saadut kokemukset eivät vastaakaan odotuksia." (Lahelma, 1974)*

AA-kerhojen toiminta on ollut läpi sen historian avohoitoa ja näyttäytyy artikkelien valossa hyvin muuttumattomalta hoitomuodolta, kun taas A-klinikoilla on enemmän muutosta ja pyrkimystä avohoidon kehittämiseen. AA-kerhot ovat kuitenkin A-klinikoita kattavammat ainakin 1970-luvulla, kun puhutaan alueellista eroista Suomessa. Pienemmillä paikkakunnilla ei ole A-klinikkahoitoon mahdollisuutta, mutta AA-kerhot paikkaavat niissä ensisijaisena pidetyn A-klinikan avohoidon puutteita.

Avohoitoon suuntautuminen nähdään hoidossa positiivisena, mutta 1970-luvulla useat artikkelit käsittelevät vielä laitoshoidon tai jotain hoitomallia, joka sijoittuu näiden väliin sisältäen hyviä piirteitä laitoshoidosta. A-klinikat ovat usein kokeiluissa ja kehittämisessä mukana tai sitten hoitomuoto voi perustua AA-ideologiaan tai uskontoon, kun kyseessä on esimerkiksi *Pelastusarmeijan* ylläpitämä hoitomuoto. Avohoidon ja laitoshoidon oikeanlainen yhdistäminen nähdään monesti toimivana ratkaisuna, kun esimerkiksi *puolimatkantalo* nähdään näiden hoitomuotojen *"hyvien puolien yhdistäjänä"*, päivähoito-osasto laitoshoidon *"kevyempänä"* hoitopaikkana ja *"eräät huoltojärjestöt majoituspuolesta huolehtijana"*.

Avohoitoon liitetään keskeisinä ominaisuuksia vapaaehtoinen ja luottamuksellinen. Vapaaehtoisuutta korostetaan paljon kaikissa eri hoitomuodoissa, mutta myös pitkäjänteisyyttä ja jatkuvuutta arvostetaan, vaikka ne eivät tule esiin yhtä usein. Arvomaailma päihdehoidossa on humaani usein inhimillisyyteen perustuva huolenpito ja hoito. Huumeiden käyttöön liittyvää päihdehoitoa käsitellään vain vähän 1970-luvulla. Myös siinä nähdään mahdollisuus kehittää huumehoitoa avohoidon periaattein, kun kirjoitetaan nuorten päihteidenkäyttäjien hoitokodista. A-klinikkasäätiön yhteyteen perustetun hoitokodin perusperiaatteena toimii vapaaehtoinen avohoito. Tässä vaiheessa vastentahtoista laitoshoidon ei enää nähdä toimivana. Kun päihdeongelmainen tulee hoitoon vapaaehtoisesti, kunnioitetaan päihdeongelmaisen itsemääräämisoikeutta ja hänelle

annetaan ihmisarvo. Sekä avohoidon että vapaaehtoisuuden periaatteiden nähdään olevan keskeisiä eri kolmannen sektorin hoitomuotojen kehityksessä:

*”Tälle kehitykselle on ollut ominaista pyrkimys vapaaehtoisuuteen ja avohoitoon. Näin maassamme on kehittynyt AA-liike, A-klinikkatoiminta, Suojatupatoiminta jne.” (Tuominen & Mäkelä, 1970)*

Päihdehoitoon liittyvänä ongelmana voidaan pitää leimaantumista, minkä nähdään vähentyneen avohoidon ja vapaaehtoisuuden myötä verrattuna esimerkiksi psykiatriseen hoitoon. Kun leimaantumista ei pidetä enää yhtä suurena ongelmana, nähdään sen madaltavan kynnystä tulla hoitoon. Tahdonvastainen pakkohoito näyttäytyy tätä vasten vanhanaikaisena normaaliutta polkevana toimintana, mikä ei palauta toipuneita päihdeongelmaisia yhteiskunnan täysivaltaisiksi jäseniksi. Jo 1970-luvun alussa aineistossa puhutaan leimaantumisvaarasta ja syrjinnästä päihdehoidossa, ja avohoidon nähdään helpottavan tätä. Leimaantumisen vähentämisen lisäksi A-klinikoiden toiminnassa nähdään hyvänä, ettei se ole aatteellista tai moralisoivaa toimintaa:

*”...a-klinikkatoimen vapaaehtoisuuteen, yhteistyöhön ja moraalilähtökohtia vierastavaan näkemykseen pohjaava aatteellinen perusta on tällä hetkellä paras mahdollinen” (Murto 1981)*

1970-luvulla inhimillisyyden korostamisesta kertoo päihdepalveluiden vapaaehtoiseksi avohoidoksi muuttumisen lisäksi päihdeongelmaisten asiallisen kohtelun korostaminen. Ympäristön asenteiden muuttaminen nähdään keskeisenä päihdeongelmaisen hoidossa, ja elinolosuhteisiin vaikuttamista pidetään ensisijaisena, ennen kuin voidaan puhua päihdeongelmasta toipumisesta. Päihdeongelmainen nähdään usein ympäristön olosuhteiden uhrina. Seuraavassa mainitaan kaikki oleellinen inhimillisestä kolmannen sektorin palvelusta: vapaaehtoinen avohoito ja sen vaikutukset, kohtelu ihmisarvoisesti, kun pyritään hoitamaan luonnollisessa ympäristössä ja välttämään eristämistä, sekä perustarpeiden tyydyttämisen huomioiminen:

*”[A-klinikkasäätiön] Toimintaideologian yhtenä tavoitteena oli vapaaehtoisuusperiaatteella toimivien hoitopaikkojen hoitokynnysten madaltaminen sekä päihdeongelmaisten eristämisen vähentäminen... päihteiden käytöstä pidättäytyminen onnistuu vain ympäristössä, jossa elämisen perustarpeet on tyydytetty: päihdeongelmaisella on asunto, toimeentulo ja ihmissuhteita.” (Holmberg, 1982)*

Useat artikkelit 1970-luvulla käsittelevät heikoimmassa asemassa olevia päihdeongelmaisia, jotka ovat ilman työpaikkaa ja kotia. Heidän käyttämänsä päihdekin voi olla korvikealkoholia. Tällöin ei käsitellä hoidon tehokkuutta, eikä kohdella päihdeongelmaista toisen luokan kansalaisena. Päihdehoidon positiivisena piirteenä nähdään asunnon, ravinnon ja puhtauden tarjoaminen, missä

kolmannen sektorin toimijat ovat mukana. Vasta perustarpeiden tyydyttämisen jälkeen on relevanttia puhua hoitovaihtoehtoista ja tarjota päihdeongelmaiselle informaatiota eri hoitomuodoista:

*”On järkevämpää asettaa tavoitteet realistisemmin, vähemmän kunnianhimoisesti. Esimerkiksi lämpimän suojan ja jokapäiväisen ravinnon turvaaminen ja mahdollisen suojatyötoiminnan järjestäminen on joillekin klienteille tarkoituksenmukaisin toimenpide yrittämättäkään heitä väenvängällä sosiaalista ja ’kuivattaa’ moderneissa laitoksissa.” (Tuominen & Mäkelä, 1970)*

Yllä oleva esimerkki kuvastaa sitä, kuinka keskusteluun perustuva terapia ei ole mahdollista kaikkien kohdalla, eikä raitistaminen näillä uudenaikaisilla menetelmillä ole aina tarpeenmukaista. Ympäristön olosuhteiden merkitystä korostetaan korvikealkoholisteista tai asunnottomista päihdeongelmaisista kirjoitettaessa. Lisäksi esimerkiksi AA mainitaan kolmannen sektorin toimijana, joka on ollut mukana vankiloden päihdehoidossa. Ongelmallisena nähdään myös olosuhteet, joihin päihdeongelmainen palaa kuntoutusjakson jälkeen. Jos olosuhteisiin ei saada parannusta, on myös toipumisen jatkuminen vaikeaa. Olosuhteet ovat tällöin ne samat, joissa päihdeongelmainen on aiemminkin voinut huonosti ja käyttänyt päihteitä:

*”Paluu erilaisista laitoksista ei tunnu helpotukselta, jos taskussa on muutama kymppi rahaa ja päällä ainoat vaatteet eikä ole tietoaakaan työstä ja perhesuhteista.” (Murto & Mäkelä, 1979)*

Kolmannen sektorin toimijoista elinolosuhteisiin vaikuttajina mainitaan erilaiset hyväntekeväisyysjärjestöt, kuten *Huhtimo ry* ja myös kristillinen päihdetyö tai seurakunnan diakoniatyö. Ne voivat tarjota asunnon, puhtautta, ruokaa, rahaa ja materiaalista apua. Päihdeongelmaisen elinolosuhteisiin panostamisen nähdään motivoivan hoitoon ja toipumiseen. Kun elinolosuhteita parannetaan, se luo hieman valoa ja uskoa paremmasta tulevaisuudesta. Päihdeongelmaisen on hieman helpompi aloittaa uusi elämä raittiina, kun on jotain, mitä voi yrittää säilyttää.

Fyysisten perustarpeiden tyydyttämisen lisäksi sosiaalisten suhteiden hyvinvointi nähdään tärkeänä asiana. Kolmannen sektorin toimijoista tämän edistämisessä on mukana muun muassa vertaistukeen perustuva päihdeongelmaisten vaimojen AA-kerho *A/va*. Kun pidetään huolta myös puolisoista, lisää se koko perheen hyvinvointia. AA:lla on monia erilaisia tehtäviä vertaisryhmien lisäksi: raitistuneet voivat jakaa tietoa esimerkiksi työpaikoilla ja suostutella hakeutumaan hoitoon tarvittaessa. Heillä on auktoriteettia puhua näistä asioista, koska heillä on siitä kokemusta ja sen tuomaa vakuuttavuutta.

Inhimillisistä arvoista päihdehoidossa kertoo myös päihdeongelmaisten kohtelu. Kohtelua kuvataan kolmannen sektorin toiminnan yhteydessä erilaisin myönteisin termein, kuten kunnioittava, asiallinen ja ystävällinen. Kohtelusta on mainintoja sekä erilaisten päihdeongelmaisten että erilaisten hoitomuotojen yhteydessä. Paitsi hoitopaikkojen osoittamasta kohtelusta puhutaan myös ympäristön kohtelusta ja asenteista esimerkiksi työpaikoilla. Suhtautumisesta päihdeongelmaiseen kertoo se, millä tavoin nähdään, että heitä tulisi auttaa. Artikkeleissa painotetaan positiivista neuvontaa muun avun ohella. Kolmannen sektorin toimija ei välttämättä ole niin vahvasti aina läsnä, mutta kun päihdeongelmaisten kohtelusta puhutaan, on aineistossa mainittu myös jokin kolmannen sektorin toimija tai sitten on yleisesti viitattu järjestöihin. Sen lisäksi, että kolmas sektori huolehtii asunnottomista, se voi pitää asiaa esillä julkisuudessa. Tämä antaa kolmannelle sektorille kuvan inhimillisenä toimijana ja heikoimmista päihdeongelmaisista huolehtijana:

*”Ulkosalla siltojen alla ja tilapäissuojissa oleskelevat asunnottomat alkoholistit olivat muodostaneet huollettavan ryhmän, jonka asemaan tietyt järjestöt ja lehdistö kiinnittivät erittäin kärkevästi yleistä huomiota, varsinkin kylmänä vuodenaikana.” (Hämäläinen, 1971)*

Suhtautumista painotetaan myös AA-kerhojen toiminnassa. AA-henkilöt nähdään taitavina kypsyttelijöinä työpaikkojen hoitoonohjauksessa. He ovat vakuuttavia puhujia, kun heillä on omaa kokemusta ja heidän osaltaan ei tarvitse pelätä tuomitsemista. Myös AA-kokouksien lähestyttävää ilmapiiriä arvostetaan, ja siitä löytyy mainintoja myös 1970-luvun jälkeen. Tapaamisiin on helpompi tulla, kun ensikertalainen huomioidaan *”sydämellisesti, tarjotaan kahvia ja keskustellaan”*. Vanhemmat ja kokeneemmat kertovat omista kokemuksistaan, jos tulija vaikuttaa varautuneelta ja jännittyneeltä. Ketään ei haluta painostaa avautumaan, ennen kuin on itse siihen valmis, vaan myös pelkkä kuunteleminen on sallittua. Jokaisen puheenvuoroa kuunnellaan kunnioittavasti:

*”...jokainen puhuu vuorollaan vain omista kokemuksistaan niin rehellisesti kuin osaa. Samoin toisten puheenvuorojen kunnioittaminen on tärkeää. Toisin sanoen puheenvuoroissa ei arvostella eikä arvioida aikaisempia puheenvuoroja puhuttiin niissä mitä tahansa.” (Haavisto & Koskela, 1990)*

Kolmannen sektorin toimijat ovat siis olleet mukana laajalla rintamalla, kun päihdehoitoa on kehitetty inhimillisempään suuntaan. Tästä näkökulmasta sekä A-klinikat että vertaistoiminta ovat pyrkineet kehittämään hoitoa samaan suuntaan. Kaikkien päihdeongelmaisten hoidossa pyritään vapaaehtoisuuteen, mikä aiemmin on ollut enemmän hyväosaisten mahdollisuus. Heikoimmassa asemassa olevat päihdeongelmaiset on aiemmin hoidettu useammin vastentahtoisesti.

### *Epäinhimillisyyttä: ilmapiirin koventuminen, päihdehoidon saatavuuden heikentyminen ja asiakkaiden valikointi*

Inhimillisyydestä puhuminen jatkuu 1980-luvun puoliväliin saakka, mutta siitä lähtien puhutaan enenevässä määrin päihdehoidon epäinhimillisistä piirteistä. Vapaaehtoinen avohoito pitää pintansa, mutta kohtelussa on nähtävissä muutoksia. Näen, ettei epäinhimillinen kohtelu ole kolmannelle sektorille luonteenomaista toimintaa ja tässä näkyy hajaantumista kolmannen sektorin toimijoiden välillä. Yhteiskunnan muutoksen myötä ostopalveluja tarjoavat kolmannen sektorin toimijat ovat joutuneet sisällyttämään toimintaansa piirteitä yritysmaailmasta. Kolmannen sektorin tarjoamaa hoitoa voidaan pitää valikoivana ja sopivana tietyntilaisille päihdeongelmaisille ja mieluiten sellaisille, joilla on kykyä ja mahdollisuuksia myös toipua. Tämän lisäksi epäinhimillisyydestä kertoo se, että vaikka avohoitoa on jo pitkään suosittu, se ei ole inhimillistänyt päihdehoitoa toivotusti. Seuraavassa tulee hyvin kiteytettyä päihdehoidon ongelmat saatavuudessa ja valikoinnissa. Tämä koskee lähinnä kunnallisesti tuotettuja tai kolmannen sektorin ostopalveluita, kuten A-klinikoiden avohoitoa:

*”Hoito- ja vaikuttavuustutkimusten valossa olisi järkevää korvata laitoshoidon avohoidolla. Avohoidon määrätietoinen kasvattaminen ei kuitenkaan ole lisännyt asiakkaiden hoitoon pääsyn mahdollisuuksia likikään samassa suhteessa kuin kapasiteetin kasvattaminen antaisi olettaa. Kun laitoshoidossa kuntoutuksen kesto on vähennetty, avohoidossa intensiteettiä on lisätty siinä määrin, että uusia asiakkaita ei juuri tunnu mahtuvan palvelujärjestelmään. Avohoito on muuttunut erittäin valikoivaksi. Toimintatapojen muutoksiin saattaa olla useita syitä, jotka eivät käytetyistä tilastoaineistoista selviä. Avopalveluiden työtavat suosivat joka tapauksessa enenevästi sosiaalisimpia päihdeongelmaisia, siis asiakkaita, jotka kykenevät päihdeongelmistaan huolimatta noudattamaan ajanvarauskäytäntöjä ja sitoutumaan intensiivisiin hoitosuhteisiin.” (Kaukonen, 2005)*

Kuten edellisestäkin käy ilmi, epäinhimillisestä kehityksestä kärsivät eniten kaikkein heikompina ihmiset, jotka eivät sovellu käytettyihin hoitomuotoihin. Esimerkiksi korvikealkoholisteille on tarjolla vain harvoja palveluita. A-klinikoiden hoitokin alkaa näyttäytyä päihdehoitona, joka on hoitopolun lopussa, kun päihdeongelmainen ei ole työtön tai asunnoton. Vaikka avohoitoa pidetään edelleen ensisijaisena hoitomuotona, asunnottomien moniongelmaisten voi olla ”pakko laitostua”, kun muuta päihdehoitoa ei heille ole tarjolla. Laitoksissa ei välttämättä ole samalla tavalla ammatillista henkilökuntaa, jolloin niissä voi olla hankalampi vastata vaikeampiin ongelmiin. Vaikka suurin osa aineistossa näkyvästä epäinhimillistyneestä kehityksestä koskee kunnan ostamia järjestöjen palveluita, nähdään kolmannen sektorin palveluiden vähentyneen yleisestikin kaikkein heikoimmassa asemassa oleville päihdeongelmaisille:

*”Kolmanneksi yhteiskunnan laitajuopuille tarjolla olevat vapaaehtoispalvelut ovat vähenemässä...”  
(Mäkelä & Room, 1984)*

Epäinhimillinen toiminta näkyy ilmapiirin koventumisena, hoidon vaatimusten kasvamisena sekä päihdeongelmaisiin suhtautumisessa. Ongelmien nähdään yhä useammin olevan lähtöisin yksilöstä, ei ympäristöstä. Kolmannen sektorin toimijoista A-klinikoiden ei nähdä enää edustavan *”ihmisläheistä, epäsovinnaisempaa ja solidaarisuuteen perustuva toimintaa”*. Hoitosuunnitelmakin osataan laatia paremmin ja yksityiskohtaisemmin hyväosaisemmille. Liian kovat vaatimukset liittyvät muun muassa ajanvarauskäytäntöihin ja hoitomuotoihin. Jos aika pitää varata etukäteen ja sovituista ajoista on pidettävä kiinni, heikentää se hoitoon hakeutumista. Päihdeongelmaiselle on helpompi hakeutua hoitoon silloin kun itselle on sopiva hetki, jota ei etukäteen voi tietää ja suunnitella. Aineistosta tulee selvästi esiin, että ilman ajanvarausta tehdyt asiakaskäynnit ovat vähentyneet selvästi 1980-luvulta lähtien. Lisäksi päihtyneenä asioiminen on mahdollista yhä harvemmin. Jotkut kaipaivat päihdehoidolta *”ennen kaikkea mahdollisuutta lepoon ja itsensä kokoamiseen”*, jolloin juuri raskaat hoitomuodot voivat estää hoitoon hakeutumisen:

*”Syrjäytyvätkö vähitellen A-klinikkahoidon ulkopuolelle sellaiset asiakkaat, jotka eivät kykene tai halua pitkäaikaiseen keskusteluhoitoon?” (Sirén & Mäkelä, 1989)*

Päihdehoidon saatavuuden ja inhimillisen kohtelun nähdään heikentyneen, ja tämä trendi jatkuu tutkimusjakson loppuun asti. Kolmannella sektorilla on yhä vähemmän palveluita, minne voisi vaan kävellä sisään. Aineistossa tulee esiin se, että asiakkaiden velvollisuudet pitää sovitusta kiinni ovat lisääntyneet. Tämä luo kuvaa epäinhimillisyyden lisääntymisestä, koska päihdeongelmaisilla ei ole kykyä tähän. Epäinhimillisyydestä kertoo myös se, että päihdeongelmaisten oikeus hoitoon on heikentynyt, jos on epäonnistunut aiemmassa hoitoyrityksessä. Tämä kuvaa seurauksellisuutta päihdehoidossa. Tämä merkitsee etenkin *”huono-osaisille, hoitoon kiinnittymättömille”* hoidon saatavuuden heikkenemistä. Esimerkiksi päihdepalveluiden avohoidosta eli erityispalveluista ei puhuta enää matalan kynnyksen palveluna toisin kuin vielä 1970-luvulla, vaan matalan kynnyksen palvelua tarjotaan muualla kuin A-klinikoilla:

*”Vaarana on kuitenkin, että vanha palvelujärjestelmä niin peruspalveluissa kuin erikoistuneissa yksiköissä [mm. A-klinikat] torjuu ja sysää vaikeaksi kokemansa asiakkaat matalan kynnyksen yksikköjen harteille. Silloin näiden asiakkaiden keskeiset hoidolliset ja muut avun tarpeet jäävät herkästi tyydyttymättä. Matalan kynnyksen yksiköillä ei useinkaan ole sellaisia resursseja, joilla ne yksin voisivat vastata näihin moninlaisiin tarpeisiin.” (Nuorvala ym. 2008)*



Epäinhimillistyminen koskee siis enemmän kolmannen sektorin toimijoita, jotka tuottavat kunnallisia palveluita, kuin vapaaehtoistoimintaan perustuvaa vertaistukea. Vaikka kyllä esimerkiksi AA:n toiminta nähdään sisältyvän hoito- ja huoltopalveluihin, joiden *”hoito ei vastaa ongelman luonnetta, pelätään intymiteettisuojaan katoamista, leimaantumista tai häpeää”*. Tämän suuntaiset ilmaukset lisääntyvät sekä puhuttaessa yleisesti päihdeongelmaisille tarkoitetuista hoivapalveluista tai jostain yksittäisestä kolmannen sektorin toimijasta. Toisaalta se, että kunnalliset tai kunnan ostamat päihdepalvelut muuttuvat valikoivimmiksi, lisää tarvetta vapaaehtoispalveluille. Tässä voidaan nähdä paikka esimerkiksi kristilliselle päihdetyölle:

*”[kristillisille] Järjestöille oli muodostunut omien sanojensa mukaan asema etenkin kaikkein vaikeimmassa asemassa olevista päihteidenkäyttäjistä huolehtijoina.” (Perälä, 2010)*

Epäinhimilliseksi koetusta tahdonvastaisesta laitoshoidosta on siis siirrytty kolmannen sektorin toimijoiden laajalla rintamalla kohti inhimillisempää vapaaehtoista avohoitoa, mikä on pitänyt pintansa kolmannen sektorin toiminnassa. Aineistossa tätä tuodaan esiin vuosien 1970–1985 välillä. Pääsääntöisesti 1990-luvulta lähtien kolmannen sektorin toimijat kuitenkin hajautuvat inhimillisen kohtelun näkökulmasta. Palveluntuottajajärjestöt näyttävät olevan pakotettuja epäinhimillisempään toimintaan valikoidessaan asiakkaitaan. Muille kolmannen sektorin toimijoille tämä taas avaa mahdollisuuden profiloida toimintaansa kaikkein heikoimmassa asemassa olevien päihdeongelmaisten auttajina.

## 5.2 Ideologisena keskustelijana: täysraittiutta vai kohtuutta?

Aineistossa kolmannen sektorin toimijat ovat mukana keskeisinä osallistujina päihdehoidon ideologisissa keskusteluissa. Keskustelu on toimintaa, mikä näyttäytyy luontaisena kolmannen sektorin toimijoille. He voivat tuoda kuuluviin esimerkiksi heikompien ääntä. Kolmas sektori on mukana ideologisena keskustelijana läpi koko tutkimusajanjakson. Keskusteluiden aiheet kuitenkin vaihtuvat samoin kuin näkökulma asioihin. Rooli keskustelijana ei murru, vaikka eetos heikoimpien puolustajana hiljenee.

Aineistossa päihdehoidon ideologinen keskustelu liittyy alkoholismien luonteen tarkasteluun ja keskusteluun siitä, mikä luokitellaan alkoholismiksi. Kategoriapareina tässä määrittelyssä näyttäytyvät päihdeongelman **yksioikaisuus** tai **monitahoisuus**. Lisäksi keskustelu päihdehoidon tavoitteista ja suhtautuminen päihteisiin liittyvät hoidon ideologiaan. Nämä vaikuttavat siihen, ketä hoidetaan ja toisaalta myös siihen, ketkä hakeutuvat hoitoon. Jos hoito ja hoidon tavoitteet

näyttäytyvät ihmisille positiivisessa valossa, on hoidolla myös enemmän vetovoimaa. (Halonen 1978, 309–310.) Alkoholiongelmaisen kannalta hoidon tavoitteena voi olla **täysraittius** tai **hallittu alkoholinkäyttö** ja nämä näyttäytyvät toistensa kategoriapareina. Kontrolloidun alkoholinkäytön nähdään tulleen puheeksi jo 1960-luvulla, kun ensimmäiset brittiläiset tutkimukset vahvistivat tämän olevan mahdollista (Saarnio 2009, 14). Tässä aineistossa keskustelu tavoitteista on tiheimmillään 1976–1983 ja sitä ennen tai sen jälkeen siihen otetaan kantaa harvemmin. Tihentymään liittyy se, että kontrolloitu alkoholinkäyttö aletaan nähdä yhä useammin mahdollisena tavoitteena päihdehoidossa ja siihen aletaan liittää positiivisia näkökulmia.

Kolmannen sektorin toimijoiden suhtautumisesta päihteiden käyttöön hoidossa ei keskustella kovin paljon, mutta alkoholismin luonteen määrittely on yleistä koko tutkimusajanjakson ajan. Siinä ei ole havaittavissa sellaista ajallista intensiivisyyttä kuin keskustelussa hoidon tavoitteista alkoholinkäytön suhteen. Tämän alaluvun loppupuolella kuvaan sitä, millaisia perusteluja kohtuukäytölle ilmenee, miten keskustelu etenee ja millaisiin rooleihin kolmannen sektorin toimijat asemoituvat näissä keskusteluissa. Ennen sitä kerron hieman kolmannen sektorin käymää keskustelua alkoholismin luonteesta ja vähän myös perusteluita suhtautumisesta päihteiden käyttöön hoidossa.

#### *Variaatiot alkoholismin sairaustulkinnossa*

Aineistossa tulee esiin lähinnä alkoholismin luonteen, syiden ja seurausten määrittely. Huumeriippuvuuden synnystä on hyvin vähän keskustelua, mikä johtuu ehkä huumeiden marginaalisemmasta luonteesta ja uutuudesta. Kirjoituksissa alkoholismi nähdään tutkimusajanjaksona useimmiten sairautena. Tässä on kuitenkin omat tulkinnalliset eronsa eri kolmannen sektorin toimijoilla. Kirkko korostaa lisäksi päihdeongelman sielullista puolta, kun nähdään, että päihteillä pyritään täyttämään elämän hengellinen tyhjiö. Ainoastaan raittiusliike nousee esiin poikkeavalla käsityksellä päihdeongelmasta, kun sen mukaan alkoholi tulisi kieltää kokonaan:

*”Raittiusliikkeen voiman vuosina päihdeongelman syynä nähtiin itse aine, alkoholi, jonka myyntiä haluttiin rajoittaa. Nykyään ymmärretään huumeet samalla tavalla; syynä on itse aine, ja sen myynti on siis lailla kiellettävä... Painotuksissa tapahtuu kuitenkin muutoksia, ja jotkut ajatuskehikot saattavat myös tulla erittäin epäsuosituiksi. Näin tapahtui raittiusaatteelle 1970- ja 1980-luvulta alkaen.” (Holmila & Simpura, 1999)*

Päihdeongelman luonne ei ole pysyvä ilmiö, vaan se muuttuu keskustelun myötä. Tässä keskustelussa kolmannen sektorin toimijat ovat aktiivisesti läsnä, mutta tässäkin tapahtuu muutoksia. Sairauskäsitystä perustellaan monesta näkökulmasta, ja siihen vedoten voidaan täydellistä parantumista pitää kohtuuttomana tavoitteena. Toisaalta alkoholisoituminen voidaan yksinkertaistaa ja pelkistää muiden sairauksien kaltaiseksi, jolloin siitä voi ajatella selviävän pelkillä pillereillä. Päihdeongelman lisäksi AA on luokitellut myös perheen sairaaksi. Muut hoitomuodot ovat omaksuneet tämän käsityksen ja perheenjäsenten hyvinvointia on AA:n lisäksi huomioitu ainakin A-klinikoiden toiminnassa. Kolmannen sektorin toimijat ovat vahvasti mukana tässä keskustelussa, joka alati jatkuu ja muuttuu.

AA:n käsitykseen kuuluu, että alkoholisteilla on yhteneväinen elämänkaari, joka poikkeaa muista. Raitistuakseen on käytävä ”*pohjalla*”. Alkoholismin nähdään johtuvan luonteen heikkoudesta, mikä aiheuttaa sen, että sairaus on ja pysyy, vaikka olisi ollut pitkään raittiinakin. Tulkinta poistaa päihdeongelmalliselta vastuun sairaudestaan. AA:n sairaustulkinnassa nähdään myös paljon heikkouksia, koska se niputtaa kaikki alkoholistit samaan ryhmään ja estää näkemästä yksilöiden välisiä eroja alkoholisoitumisprosessissa. Toisesta näkökulmasta alkoholismia pidetään paljon monimutkaisempana ilmiönä. Liian yksinkertainen näkemys estää myös analysoimisen ja toipumisen muun elämänalueen ongelmista, kun keskitytään ainoastaan raittiina pysymiseen. AA:n sairauskäsitys on vahvempi kuin A-klinikoiden, joiden käsityksessä sairaus on vain osa päihdeongelmaa:

*”Alkoholismin olemukseen on aina liitetty sairaus. A-klinikkatoiminnan alkuaikoina käytettiin ilmaisua ’alkoholismissa on sairautta’, koska sairauskäsite hoitokäytännön kannalta nosti esiin ongelmia... Sairaana olemisen rooli vapauttaa normaalista vastuusta ja velvollisuuksista.” (Mäki, 2009)*

Yksinkertaisen sairauskäsityksen tilalle tarjotaankin dynaamisempaa alkoholismikäsitystä, jossa se nähdään muuttuvana prosessina, jossa yksilön alkoholisoitumiselle on erilaisia ja useita syitä. Päihdeongelmaa voidaan pitää ”*oireena persoonallisuuden ongelmista*”. Lisäksi naisten ja miesten päihdeongelmien taustalla nähdään toisistaan poikkeavia tekijöitä, kun miehen nähdään kärsivän ”*yksinäisyydestä, kyvyttömyydestä puhua tunteista ja olla isä*”, ja naisen päihdeongelma taas nähdään ”*tasa-arvon ja taloudellisen itsenäisyyden valitettavaksi kääntöpuoleksi*”. Näitä päihdeongelmien syitä verrataan usein AA:n käsitykseen, joka näyttäytyy pääsääntöisesti huonossa valossa:

*”AA:han tai muuhun tukea antavaan hoitoon, jossa ongelmien syvempää taustaa ei selvitetä, mutta jossa hoitosuhde tai AA-ryhmän jäsenyys antaa mahdollisuuden pysyä raittiina, vaikkei perusongelmien, siis varhaisen persoonallisuudenkehityksen häiriöiden, helpotusta paljon tapahdukaan.” (Kiviranta, 1977)*

Useat eri hoitomuodot ja päihdehoidon henkilökunta voivat perustaa ajatuksensa AA-ideologiaan. Ainakin sekä *Minnesota*-hoito että *myllyhoito* lähtevät samaisesta sairauskäsityksestä, minkä vuoksi näissä hoitopaikoissa jatkohoidoksi suositellaan AA-kerhoa. Sairaustulkinta on levinnyt myös huumehoidon puolelle. Tähän tulkintaan liittyy huumeongelman näkeminen *”käyttäjän ’karakäärin’ heikkoudesta ja ’vammaisuudesta’*”. Alkujaan sairauskäsitystä on pidetty inhimillisenä ja armollisena päihdeongelmaiselle, kun se poistaa yksilön vastuuta pitäessään päihdeongelmaa sairautena. 2000-luvun huumeteksteissä nähdään kuitenkin inhimillisempänä, kun huumeongelman määrittelyssä huomioidaan, että myös aiemmat kokemukset ovat voineet vaikuttaa päihdeongelman syntyyn. AA:laisessa tulkinnassa *”tällaiset ’ulkoiset’ selitystekijät nähdään usein ’selittelynä’*” ja vastuuttomuutena.

Ajan kuluessa AA:n ideologiasta aletaan puhua yhä negatiivisempaan sävyyn. Sen ei nähdä soveltuvan kaikkien päihdeongelmaisten hoitoon, jos hoidettavan ja hoitomuodon ideologiat poikkeavat toisistaan. Seuraavassa sana ideologia on korvattu sanalla mytologia. Tämä kertoo mielestäni siitä, että AA:n ideologia nähdään jonkinlaisena tarustona, joka perustuu kuvitteellisiin uskomuksiin:

*”Tuloksilla oli yhteys AA-mytologiaan; muutoshaluttomimmalla ryhmällä näytti vielä olevan matkaa ’pohjakosketukseen’.” (Saarnio & Knuuttila, 2006)*

AA:n mukaan ei ole kyse oikeasta päihdeongelmasta, jos ei ole käynyt pohjalla tai kohtuukäyttöön siirtyminen on mahdollista. Päihdeongelman määrittely vaikuttaa merkittävästi hoitotapaan. Hoitoon kiinnittymiseen vaikuttaa se, kuinka hoidettava omaksuu hoidon ideologian ja ajattelutavan. Alkoholiongelman määrittelystä on siirrytty huumeongelman määrittelyyn tutkimusajanjakson aikana, missä aineistossa näkyy myös AA-lainen yksioikaisuus tai vaihtoehtoisesti ongelman monitahoisuus.

### *Tavoitteena täysraittius tai kohtuus*

1970-luvun alkupuolella täydellinen pidättäytyminen alkoholista nähdään pääsääntöisesti ainoana mahdollisuutena päihdeongelmasta toipumiseen, eikä kohtuutta mainosteta päihdehoidon tavoitteena, mutta keskustelu käynnistyy. Kolmannen sektorin toimijat ovat aktiivisesti läsnä

keskusteluissa, joissa AA edustaa täysraittiuuden tavoitetta. Usein näissä keskusteluissa täysraittiuuteen vedotaan puolesta tai vastaan. AA-ideologiaan perustuvissa hoitomuodoissa täysraittius on ainoa oikea tavoite ja tämä näkemys on edelleen vallalla. Vähitellen aletaan kuitenkin esittää täysraittiuuden tavoitteesta poikkeavia mielipiteitä etenkin A-klinikan hoitomuotojen yhteydessä ja kohtuukäytön mahdollisuudesta aletaan puhua ja se näkyy modernina vaihtoehtona. Kategoriapareihin liittyy se, että kohtuukäytön tavoitteesta puhuttaessa on myös täysraittiuuden tavoite läsnä. Jo aineistoni ensimmäisessä artikkelissa tulee tavoitekeskustelun vastakkainasettelu esiin:

*”Vastakkain olivat ennen kaikkea AA-liikkeen uskonnollisesti sävyttynyt, ehdotonta raittiutta korostava ja alkoholistien omatoimisuuteen nojaava ideologia sekä A-klinikoiden nykyaikaisesta sosiaaliterapiasta ideoitaan ammentava ja myös kohtuujumisen hyväksyvä katsomustapa.” (Tuominen & Mäkelä, 1970)*

Tämä on kuitenkin poikkeus aineistoni alkupäästä, mutta kertoo siitä, että hoidolla on voitu tähdätä kohtuukäyttöön jo 1970-luvun alussa ja sitä aiemminkin. Pääsääntöisesti tässä vaiheessa aineistossa kuitenkin näkyy ehdottoman raittiuden tavoite ja useimmin on kyse kolmannen sektorin toimijoista AA:sta. Mahdollista alkoholin kohtuukäyttöön tähtäävää toimintaa pidetään arveluttavana, jolloin AA edustaa positiivista hoitomuotoa. Tämän mukaan kohtuutavoitteeseen tähdätään jo 1970-luvun puolivälissä jopa liian usein:

*”Tavoitteena on lisäksi täydellinen raittius. Alkoholin käytön mahdollisuudesta ei edes keskustella. Meillä taivutaan ehkä liiankin herkästi ottamaan huomioon henkilön omat pyyteet... Hoito epäonnistuu ja kaikki osapuolet ovat onnettomia. AA-liike tekee tässä suhteessa myönteisen poikkeuksen.” (Pöysä, 1976).*

Kohtuutavoitteelle aletaan löytää 1980-luvun taitteessa perusteluita, jotka liittyvät niin tuloksellisuuteen, päihdeongelmaiseen kuin ympäristöönkin. Tätä tavoitetta perustellaan sillä, miten juomattomuus vaikuttaa päihdeongelmaisen elämään luonnollisessa ympäristössä, missä esiintyy ryhmäpainetta juomiseen. Se, että pystyisi juomaan esimerkiksi yhden oluen, siirtäisi huomion pois päihdeongelmaisesta, eikä juomattomuutta tarvitsisi selitellä. Näin ollen entisellä päihdeongelmaisella olisi helpompaa sosiaalisissa ympäristöissä. Pääsääntöisesti perustelut liittyvät kuitenkin alkoholistiin itseensä ja tämän hoitomyöntyvyyteen. Täydellinen kieltäytyminen alkoholista voidaan kokea liian vaativana ja radikaalina muutoksena, mikä herättää negatiivisia tuntemuksia, jotka estävät hoitoon hakeutumisen. Kun kohtuukäytöstä tulee mahdollinen tavoite

päihdeongelmaiselle, nähdään sen helpottavan myös lievemmin alkoholisoituneita henkilöitä hakeutumaan hoidon piiriin:

*”Monille ongelmakäyttäjille ehdottomuustavoite ja alkoholiksi leimautumisen riski viivästyttävät hoitoon hakeutumista tarpeettoman pitkään... Monet ongelmakäyttäjät kokevat elinikäisen raittiustavoitteen ahdistavana ja mahdottomana saavuttaa” (Halonen, 1978)*

Kolmannen sektorin toimijoista tämä ideologinen tavoitekeskustelu kietoutuu lähinnä AA-liikkeen ja A-klinikoiden toimintaan. Etenkin ensimmäinen on lähes poikkeuksetta läsnä keskustelussa. Keskustelu kohtuutavoitteesta voi liittyä myös johonkin hoitomuotoon, kuten käyttäytymisterapiaan. Hoitomuodon voidaan joskus mainita olevan osa A-klinikan toimintaa, mutta välttämättä se ei käy aineistosta ilmi. Vastakohtana esitetään kuitenkin aina AA-ideologia, jolloin kolmas sektori näyttäytyy traditionaalisena toimijana. Kun AA:ssa tavoitellaan aina täysraittiutta, niin kolmannen sektorin toimijoista A-klinikoilla halutaan tuoda sen rinnalle mahdollisuus pyrkiä kontrolloituun alkoholin käyttöön. AA:n näkökulmasta tämä nähdään ongelmallisena, koska AA-ideologiassa näitä alkoholin kohtuukäyttöön pyrkiviä ei nähdä ”oikeina” alkoholiongelmaisina, jotka olisivat käyneet pohjalla. Toiseksi tavoite nähdään liian sallivana alkoholiongelmaisia kohtaan, eikä heillä nähdä olevan vielä todellista halua parantua, mikä estää toipumisen.

Kun AA edustaa määritelmää vakavammasta alkoholiongelmasta, A-klinikan avohoidon nähdään sopivan myös sellaisille alkoholiongelmaisille, jolla päihdeongelma ei ole niin pitkällä. Tällöin myös kontrolloitu alkoholinkäyttö nähdään mahdollisena hoidon tavoitteena, kun alkoholiongelmasta ei ole kärsitty pitkään tai alkoholinkulutuksen taso ei ole kovin korkea. Näiden henkilöiden nähdään usein olevan lievemmin alkoholisoituneita, mikä mahdollistaa ongelmaan puuttumisen varhaisemmassa vaiheessa. Toisaalta näiden hoitopaikkojen päihdeongelmaisten profiilierojen nähdään kuvastavan myös henkilökuntien eroja. Esimerkiksi katkaisuhuoltoaseman henkilökunta voi olla enemmän kallellaan AA-ideologiaan, jolloin hoitopaikkaan hakeutuu *”runsaasti tai ainakin rankkoina jaksoina juoneita”*. Kolmannen sektorin toimijan (AA:n) ideologia voi siis hyvin näkyä päihdealan työotteessa huolimatta siitä, missä toiminnassa päihdeongelmaisia kohtaa.

Jos alkoholiongelmainen tietää, ettei välttämättä tarvitse pyrkiä täydelliseen pidättäytymiseen, helpottaa se hänen hoitoon hakeutumistaan. Kun päihdeongelmainen hakeutuu hyvissä ajoin hoitoon, voi hänellä olla vielä muita ”normaalia” elämää tukevia elementtejä jäljellä, kuten koti, työ ja asunto. Näin ollen päästään nopeammin auttamaan ja helpommalla, kun päihdeongelmaiselta ei ole pudonnut pohja pois koko elämältä:

*”Kun keskeiset kytkennät vielä ovat olemassa, alkoholisoituminen ei vielä ole kovin pitkällä ja toisaalta motivaatiopohja on olemassa: ihmisellä on mitä yrittää säilyttää pyrkimällä elämänongelman ratkaisuun ja sitä kautta liikajuomisen vähentämiseen tai poistamiseen.” (Virtanen, 1979)*

Keskeisillä kytkennöillä tarkoitetaan perhesuhteita, työpaikkaa ja pahimmassa tapauksessa myös asuntoa. Kun perhesuhteet ovat katkenneet avioeron myötä, voi juominen pahentua ja alkoholisoituminen syvetä entisestään. Tästä nähdään ongelmien lisääntyvän myös työpaikoilla ja pohjan olevan yhä lähempänä. Kun päihdeongelma jatkuu pitkään ja tilanne on toivoton, pidetään raittiutta parhaana vaihtoehtona hoitomuodosta riippumatta. Ainakin 1980-luvun alussa tämä nähdään oikeana tavoitteena myös muissa kuin vain AA-liikkeen piirissä:

*”Melkein kaikki he kuitenkin myöntävät, että pitkälle ehtineelle juopolle realistisin hoitotavoite on täysraittius” (Mäkelä, 1983)*

Vähitellen 1980-luvulle tultaessa AA-ideologian täysraittiuustavoite aletaan nähdä negatiivisemmassa valossa, millä nähdään olevan kielteisiä seurauksia, kun asiat määritellään liian yksinkertaisesti. Lisäksi AA:ta ei enää pidetä niin ylivertaisena vaihtoehtona päihdeongelmien hoidossa, vaan lopulta aika harvoille sopivana hoitomuotona. Tipankin ottamisen voidaan myöntää johtavan juomiseen, mutta toisaalta nähdään, että *”kun tämä uskomus auttaa toisia pysymään kuivilla, se on vienyt monia retkahtamisen jälkeen ryyppyputkeen”*. Uskomuksesta puhuminen jo viittaa siihen, ettei näkemystä pidetä totuutena.

Myös myöhemmin kirjoituksissa saatetaan mainita hoidon tavoitteista, mikä käy yhä harvinaisemmaksi 1980-luvun puolen välin jälkeen. Tavoitekeskustelu painottuu tutkimusajanjakson alkupäähän. Kun 1970-luvulla tavoitteista keskustellaan seitsemässä artikkelissa ja 1980-luvulla kahdeksassa artikkelissa, niin 1990- ja 2000-luvuilla yhteensä ainoastaan viidessä artikkelissa. Keskustelussa on siis päästy jonkinlaiseen konsensukseen ja pääsääntöisesti hyväksytään erilaisten tavoitteiden mahdollisuus. AA:n nähdään kuitenkin olevan merkittävä toimija, joka vaikuttaa täysraittiuuden tavoitteen pysyvyyteen ihmisten puheissa:

*”Päihdehuollon piirissä kohtuudesta puhuminen tuntuu monesti ei toivotulta – niin vahva tabumerkitys sanalla on. Alkoholistilla ei kohtuutta ole. Tätä perinnettä ylläpitävät sekä monet työntekijät että itse ongelmaisetkin. Asia on opittu AA kirjallisuudesta tai suoraan kantapään kautta.” (Halonen, 1987)*

Tästä tulee kuva, että täysraittius on vain perinne, mitä todellisuus tai tutkimukset eivät kuitenkaan tue. Viimeisimmissä artikkeleissa, joissa tavoitekeskustelu on läsnä, vedotaan tuloksellisuuteen ja

päihdeongelmaisen omaan tahtoon. Päihdehoidon tuloksellisuuden ei nähdä olevan riippuvainen tavoitteista, mutta toisaalta vaativammat tavoitteet *”myllyhoidon omaksuneessa hoitopaikassa”* saavutetaan harvemmin kuin *”matalampaa profilia edustaneessa [Järvenpään] sosiaalisairaalassa”*. Arvokeskustelu korvautuu puheella tuloksellisuudesta. Lisäksi 1990-luvulla ollaan sitä mieltä, että vain pieni osa päihdeongelmaisista haluaa tähdätä täysraittiuteen:

*”Minnesota-mallin markkinoinnissa on syytä muistaa, että AA on hoitomuoto, joka vetää puoleensa vain päihdeongelmaisten vähemmistää. Samoin on syytä muistaa, että vain vähemmistö asiakkaita loppujen lopuksi valitsee raittiuden.” (Holmberg, 1995b)*

Näin ollen aineiston valossa näyttäisi, että 1990-luvulla täysraittius on enää harvojen päihdekuntoutujien tavoite, kun vielä vuosikymmen aikaisemmin sitä pidettiin pitkälle ehtineiden päihdeongelmaisten ainoana mahdollisena tavoitteena hoitomuodosta riippumatta. Keskustelussa päihdeongelman tavoitteista on aina mukana ainakin AA kolmannen sektorin toimijoista: joko sen edustaman täysraittiuden puolesta tai verrattuna kontrolloidun päihteidenkäytön tavoitteeseen.

### 5.3 Päihdehoidon kehittäjänä: psykososiaalisen hoidon ensisijaisuus

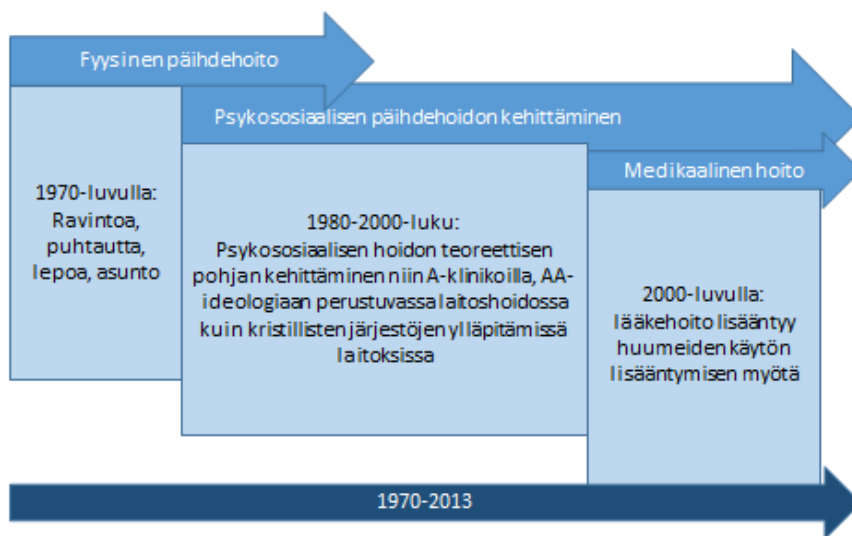
1980-luvulla aineistossa painottuu päihdetyön teoreettinen kehittäminen ja tätä kautta ymmärryksen lisääminen päihdeongelmaisesta. Järjestöt ovat merkittävässä roolissa kunnallisten palveluiden tuottajina. Verovaroin rahoitetuilta päihdepalveluilta odotettiin sisällöllistä kehittämistä, ei niinkään pelkkää palveluiden tuottamista (Kaukonen 2002, 150). Päihdeongelmaisen hoidossa korostetaan aiempaa enemmän psyykkistä puolta, kun psykososiaalisia hoitomuotoja kehitetään. Psykososiaalisuus voidaan jakaa psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiin. Se tekee sosiaalisesta ongelmasta psyykkisemmän tai sen voidaan nähdä lisäävän verkostoissa ymmärrystä eri toimijoiden kesken. (Weckroth 2007, 429–430.) Tässä tutkielmassa psykososiaalinen käsitetään laajasti sekä erilaisten terapioiden ja verkostotyön kehittämisenä että vertaistoimintaan perustuvien hoitomuotojen kehittämisenä.

Psykososiaalisen hoidon kehittäminen näkyy jo 1980-luvulla kolmannen sektorin toiminnassa, vaikka sitä ei sanana usein käytetäkään. Terminä psykososiaalisuus on ilmestynyt päihdehoidon yhteyteen A-klinikkasäätiön kautta 1990-luvun loppupuolella, kun lääkkeellinen hoito on tullut yleisemmäksi huumeiden käyttäjien hoidossa. (Weckroth 2007, 429–430). Näenkin **psykososiaalisen** hoidon kategoriaparina **lääkkeellisen hoidon** ja toisaalta myös **fyysisen hoidon**. Inhimillisten fyysisten tarpeiden huolehtimisen sijaan halutaan ymmärtää ja myös parantaa



päihdeongelman itsensä ymmärrystä ongelmastaan. 1980-luvun puolen välin jälkeen kolmannesta sektorista ei puhuta enää yhtä usein majoituksen, ruoan ja puhtauden tarjoajana kuin 1970-luvulla ja toisaalta lääkkeellistä hoitoakaan ei vielä painoteta. Kuviossa 3 on esitelty tiivistettynä, miten nämä aineiston mukaan suhteutuvat toisiinsa. Psykososiaalinen hoito erottuu selvästi merkittävimpänä ja 2000-luvulla sen rinnalle tulee lääkehoito pienessä roolissa. Yksinään lääkehoitoa ei suositella päihdehoidoksi, vaan rinnalla suuressa roolissa on psykososiaalinen hoito.

*Kuvio 3. Kolmannen sektorin päihdehoidon teoreettinen tausta 1970–2013*



”Psykososiaalinen” voidaan nähdä liian laajana niin sanottuna yleiskäsitteenä päihdehoidolle, koska se sisältää hyvin erilaisia hoitomuotoja (kts. Weckroth 2007). Esimerkiksi päihdehoidon virallisissa suosituksissa *Käypä hoito* -sivuilla mainitaan useita erilaisia hoitomuotoja psykososiaalisena hoitona. Näitä ovat muun muassa erilaiset terapiat, yhteisöhoito, palveluohjaus ja myös vertaistukeen perustuva hoito. Terapioissa voidaan käyttää erilaisia viitekehyksiä, jotka voivat pohjautua esimerkiksi keskusteluun tai toimintaan, mutta myös AA-kerhot mainitaan psykososiaalisena hoitona. (Käypähoito suositusten [www-sivut](http://www.sivut.fi).) Suurinta osaa suositusten mukaisista hoidoista annetaan ainakin A-klinikoilla (kts. A-klinikan hoitopalveluiden [www-sivut](http://www.sivut.fi)). Hoitomalleista esimerkkeinä ovat kognitiivinen käyttäytymisterapia, psykoterapia, *Minnesota*-malli eli *myllyhoito*, terapeutin yhteisö ja motivoiva haastattelu. Keskeistä hoitomalleissa on yleensä keskustelu tavalla tai toisella. Myös kristillisen päihdetyön yhteydessä huomioidaan, että työn

teoreettinen kehittäminen olisi ajankohtaista ja ne etsivät *”selkeää kristillisesti profiloituvaa hoidon mallia”*. Kolmannen sektorin toimijat kehittävät työtään kukin omista lähtökohdistaan.

Tämän luvun pääpaino on kolmannen sektorin roolin kuvaamisessa psykososiaalisen hoidon kehittäjänä. Ensin kuvaan psyykkistä puolta enemmän esiin nostavaa terapeuttien hoitomuotojen kehittämistä, minkä jälkeen sosiaalisempaa yhteisöissä hoitamista ja sen kehittämistä. Näissä erilaiset puolet kietoutuvat toisiinsa muodostaen psykososiaalisen hoidon. Lopuksi kerron lyhyesti, millaisissa tilanteissa lääkehoidon kehittäminen näkyy kolmannen sektorin toimintana.

### *Psykososiaalisten terapeuttien hoitomuotojen kehittäminen*

1970-luvulla päihdeongelmaisten hoidossa on painottunut hoidon inhimillistäminen ja siirtyminen avohoitoon sekä fyysisten tarpeiden tyydyttäminen. Tässä näkyy kuitenkin muutosta 1980-luvulta lähtien, kun ajan kuluessa yhä enemmän painottuvat päihdehoidon terapeutit sisällöt ja niiden kehittäminen ja laajentaminen. Aineistossa se näkyy erilaisten hoitomuotojen kehittämisenä ja niiden vertailuna. Ympäristön merkitystä korostava inhimillinen hoito nähdäänkin negatiivisessa valossa, kun kolmannen sektorin (A-klinikkasäätiön) kokonaiskuntoutuksen hoitomuotoa moititaan siitä, että se näkee ongelman liian sosiaalisena. Tämä nähdään joissakin tapauksissa ongelmallisena, koska siinä ei paneuduta päihdeongelmaisen psyykkiseen puoleen:

*”Ongelmaksi tämä metodologinen työohje [kokonaiskuntoutus] tulee tilanteessa, jossa päihdeongelma pääasiallisesti määräytyy yksilön yksilöllisistä erityispiirteistä (sisäisistä ristiriidoista).” (Holmberg, 1982)*

A-klinikkasäätiö on vahvin erilaisten hoitomuotojen kehittäjä 1980-luvun aikana, vaikka tässä sen hoitomuoto näyttäytyy ongelmallisena. Ihmistä ja alkoholisoitumista pyritään ymmärtämään monesta näkökulmasta ja hoitomuotojen teoreettiseen kehittämiseen liittyy myös erilaisten hoitomuotojen vertailu keskenään. Usein vertailun kohteena on AA ja pohditaan, miten jokin uusi teoreettinen suuntaus suhteutuu siihen: mikä on samanlaista ja mikä erilaista. Samalla AA:ta kategorisoidaan tietyn tyyppiseksi, usein ideologialtaan mustavalkoiseksi hoitomuodoksi, joka lähtee ajatuksesta alkoholistien samankaltaisuudesta. Usein AA esiintyy vastakohtana, joka on liian yksioikoinen. Toisaalta nähdään, että homogeenisemmassa hoitomuodossa voidaan paremmin ennakoita vaarat, joita päihdeongelmainen kohtaa. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa ongelmia voi aiheuttaa *”alkoholiongelman liian joustava konstruointi. Tämä voi vaikeuttaa asiakkaan päätöstä pysyä raittiina tai noudattaa sovittuja kulutusrajoja”*. Myös muissa

teoreettisissa viitekehyksissä voidaan nähdä ongelmia ja vertailukohtia. Erilaisissa hoidon teoreettisissa viitekehyksissä painotetaan keskustelua eri aihealueista ja käydään keskustelua siitä, mikä auttaisi päihdeongelmaista parhaiten:

*”He [käyttäytymisterapeutit] eivät kuitenkaan ole yhtä vakuuttuneita kuin psykodynaamikot siitä, että torjuttujen ristiriitojen tiedostaminen sinänsä korjaa esimerkiksi juoppoutta. He katsovat, että on hyödyllisempää käydä käsiksi niihin potilaan tämänhetkisen käyttäytymisen ja hänen ympäristönsä piirteisiin, jotka vahvistavat ja laukaisevat haittoja tuovaa juopottelua. (Mäkelä, 1983)*

Tässä korostetaan hoidon toiminnallista puolta ja tätä hetkeä. Liian pitkälle menneisyyteen katsomisen ja sen pohtimisen ei nähdä olevan kaikille mahdollista ja parhaiten tulosta tuovaa. Kaikilla ei nähdä olevan kykyä pohtia elämäänsä kovin analyyttisesti. Ryhmäkeskustelulla hoitamisessa nähdään myös ongelmakohtia, jotka liittyvät päihdeongelmaiseen. Kärsimättömän ja huomiohakuisen toipujan kohdalla vertaisryhmien hidastempoisuus nähdään ongelmallisena, koska hän voi vain etsiä erilaisuuksia samaistumisen sijaan. Ateistin taas voi olla vaikea toipua hengellisessä ilmapiirissä tai AA:ssa, joka perustuu korkeampaan voimaan. Juomattomuus voi nostaa esiin niin isoja henkilökohtaisia asioita, että niihin ei ole mahdollista pureutua vertaisryhmissä, vaan tarvitaan ammattiapua, kuten *”psykoterapeuttista ja mahdollisesti myös perheterapeuttista asiantuntemusta”*. Toisaalta liian syvälle menevä henkilökohtainen keskustelu voi aiheuttaa ahdistusta, mitä voidaan yrittää helpottaa päihteillä. A-klinikan ammattilaisten nähdään kuitenkin osaavan rajoittaa esimerkiksi tapaamisten tiheyttä, jos keskustelut menevät liian syvälle ja aiheuttavat liikaa ahdistusta. Lisäksi päihdeongelman toimintataso vaikuttaa hoitomuodon valitsemiseen:

*”Nyrkkisääntönä on, että mitä alhaisempi psykososiaalinen toimintataso potilaalla on, sitä enemmän väliintulot kognitiivisessa terapiassa [A-klinikan avohoidossa] painottuvat behavioraaliselle puolelle... Behavioraalisilla menetelmillä tarkoitetaan tällöin vaihtoehtoisen toiminnan käytännön opettelu.” (Holmberg, 1995a)*

Psykososiaalisessa hoidossa on siis paljon erilaisia mahdollisuuksia, ja hoitomuoto voidaan valita päihdeongelman kykyjen ja tarpeiden mukaan. Päihdetyön teoreettisen perustan painottaminen aineistossa näkyy muun muassa pohdittaessa AA-ideologiaan perustuvaa *Minnesota*-mallia. Sen heikkoutena pidetään, ettei psykologisessa mielessä ole tutkittu, mikä olisi terapeuttisen muutoksen kannalta tärkeää. Terapeuttisia keskusteluja pidetään hyvinä siinä, että ne opettavat pilkkomaan ongelmia pienemmiksi, jolloin niiden käsittely helpottuu.

*”Suurimmalle osalle [vangeista] oman elämäntilanteen, elämäntavan ja tulevaisuuden tavoitteiden pohtiminen oli uutta. Tämä vaihe on tärkeä pitkäjänteisempään hoitoon motivoitumisen kannalta. Sosiaalisia ja kognitiivisia taitoja tarvitaan yhteiskuntaan palattaessa.” (Kallio, 1998)*

Päihdehoidon kognitiivis-behavioraaliseen teoreettiseen pohjaan perustuvilla keskusteluilla pyritään tunnistamaan ja muuttamaan ajattelu- ja toimintamalleja. Kognitiivinen terapia, joka painottaa behavioristista puolta, nähdään keskustelua parempana vaihtoehtona henkilölle, joka on tottunut enemmän toimintaan. Näille keskustelu terapeutin tai ryhmän kanssa voi tuntua näpertelyltä. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa pidetään hoitomuotona, joka huomioi päihdeongelmaisen kognitiivisen kapasiteetin ja rakenteen. Se sopii näin ollen esimerkiksi psyykkisesti oireileville asiakkaille, joiden oireiden huomioiminen lisää hoidon kehittämisen mahdollisuuksien lisäksi ennaltaehkäisyä. A-klinikan nähdään tottuneen näihin erityisasiakkaisiin ja niiden osaaminen koetaan hyväksi:

*”Kognitiivinen käyttäytymisterapia’ toi näkemyksen tiedon ja järjen merkityksestä oman käyttäytymisen hallinnassa: Asiat eivät määräydy jonkin kohtalon perusteella, vaan niitten toteutumisessa vaikuttavat taipumukset, tiedostamattomat toiveet, tarve hyvitykseen, koston, sovituksen tai muuhun. Ihminen ei ole menneisyyttä uudelleen toteuttava automaatti, vaan harkitseva ja itseään ohjaava. Tietoisuutta lisäämällä voidaan oppia ainakin osittain hallitsemaan myös alitajuisia voimia.” (Koistinen, 1986)*

Hoitomuotojen vertailun lisäksi pyritään ymmärtämään paremmin päihdeongelmaista. Kun ymmärretään asiakkaan ongelmaa paremmin, on myös suuremmat mahdollisuudet suhtautua asiakkaaseen oikein ja tarjota oikeanlaista hoitoa. Hoidon yksilöllisyyttä ei sinänsä vielä 1980-luvulla painoteta, mutta siihen tämän päihdeongelman heterogeenisyyden parempi ymmärtäminen johtaa. Myös ammatillisessa hoidossa keskustelu on keskeisenä elementtinä, kun esimerkiksi psykodynaamista viitekehystä käytetään hoidossa ainakin joillakin A-klinikoilla. Tätä käytetään hoidettaessa vaikeita päihdeongelmaisia, joilla on usein myös muita ongelmia. Ymmärryksen lisäämisen taustalla on työn teoreettinen pohja, jota ilman näiden moniongelmaisten hoito ei onnistu:

*”Niinpä pinnallisen juomisen poistaminen on viime vuosina ollut lähes ainoa hoidon päämäärä... Ilman psykodynaamista ajattelua ei näiden asiakastapausten ymmärtäminen ole lainkaan mahdollista.” (Kiviranta, 1984)*

1990-luvulla puhutaan usein motivoinnista ja siihen pitäisi varata riittävästi aikaa, jottei hoitoa keskeytetä heti alussa. Monille päihdeongelmaisille on uutta pohtia *”omaa elämäntilannetta, elämäntapaa ja tulevaisuuden tavoitteita”*. Tämä nähdään tärkeänä vaiheena esimerkiksi vankien

motivoitumisessa päihdehoitoon. Nämä taidot myös auttavat heitä yhteiskuntaan palaamisessa. 2000-luvulla nähdään suomalaisen päihdehuollon olevan kuitenkin *”ennen kaikkea miesten maailma”*, mikä voi estää naisten edistymisen hoidossa, koska motivoinnin tarpeessa on eroja sukupuolen mukaan. Aineiston mukaan miesten hoidossa tulisi keskittyä alkuvaiheessa motivointiin ja pyrkiä ehkäisemään alkuvaiheen keskeyttämisiä. Naisilla taas on *”vahvempi muutosvalmius”* ja siitä syystä heidän kanssaan olisi mahdollisuus siirtyä nopeammin alkuvaiheesta eteenpäin itse hoitosisältöihin.

Vielä 2010-luvullakin kaivataan päihdehoitoon keskustelujen lisäksi enemmän toiminnallisuutta, kuten luovaa tanssia. Sen nähdään rikkovan päihdeongelmaisen rajoja, kun *”he selvin päin uskaltavat tanssissa oman mukavuusalueen ulkopuolelle”*. Tämä lisää päihdekuntoutujien itseluottamusta ja voi auttaa myös paniikkioireilua lääkkeettömässä hoidossa. Tällöinkin siis puhutaan lääkkeettömän hoidon puolesta.

#### *Yhteisöt psykososiaalisena hoitona*

Psykososiaaliseksi hoidoksi lasketaan myös oma-apuryhmiä ja yhteisöhoitoksikin kutsut vertaisryhmät ja näistä aineistossa manitaan A-killat, Paukunvartijat, NA-ryhmät ja tunnetuimpana ja suurimpana AA-kerhot. Viimeisimpään perustuu myös *Minnesota*-laitoshoito, joka korostaa *”raittiina pysymistä vahvistavan sosiaalisen verkoston merkitystä”*. Raitistuneet alkoholistit vertaisryhmissä tai *Minnesota*-laitoksen henkilökunnassa antavat päihdeongelmaiselle positiivisen esimerkin, että raitistuminen on mahdollista. Tärkeimpänä hoitotapahtumana nähdään potilaiden keskinäinen vuorovaikutus ja pienryhmät. Lisäksi laitoshoidosta on selkeä ja suora jatkumo AA-ryhmiin, koska yhteistyö näiden välillä on tiivistä. Näkisin, että tässä onkin kehitystä aiempaan. Kun laitoshoido ja avohoido perustuvat vahvasti samaan ideologiaan ja ryhmätapaamisia käytetään jo laitoshoidoaikana, on jatkuvuus hoidossa vahvemmallalla pohjalla kuin muissa hoitomuodoissa.

*”Yhteisölliset prosessit sisältävät monenlaisia aineksia: keskustelua ja mielipiteenmuodostusta, kokemusten siirtoa sukupolvelta toiselle, tietoa monimutkaisista asioista, kieltoja joita rikkomalla oppii asioiden merkityksiä, rakenteiden luomista ja ympäristön kehittämistä.” (Holmila & Simpura, 1999)*

Yhteisöissä hoitamisessa keskeistä on tunteiden käsittely ja keskustelu erilaisista asioista. Kolmas sektori on tässä hoitomuodossa vahvasti läsnä, koska perustuuhan AA:n ja muiden vapaaehtoisten vertaisryhmien toiminta yhdessä keskusteluun ja asioiden jakamiseen ja sitä kautta ymmärryksen

lisäämiseen. Keskusteluryhmien nähdään olevan monella tavoin avuksi päihdeongelmaiselle ja aiheina voivat olla kokemukset, riippuvuussuhteet, itsenäisyys, asenteet sekä erilaiset tunteet. *”AA:ssa alkoholisti voi päivittäin käydä putsaamassa päänuppinsa”*. Oma-apuryhmissä opitaan puhumaan vaikeista ja herkistä asioista ja rakennetaan *”yhteistä sosiaalista identiteettiä”*. Ryhmiin ikään kuin kuulutaan ja apu on virallisempaa päihdehoitoa pitkäaikaisempi. AA-ideologiaan perustuvat hoitomallit painottavat yhteisöön samaistumista keskusteluilla, kokemusten jakamisella ja toisten auttamisella. Lisäksi tulee esiin myös laajempia keskusteluaiheita, kuten elämän tarkoitus. Elämän uskosta ja eksistentiaalisista kysymyksistä keskustelun nähdään vievän päihdeongelmaista eteenpäin. Tunteista keskustelut kietoutuvat usein ahdistuksen, häpeän ja syyllisyyden ympärille. Näistä tosin on erilaisia mainintoja eri kolmannen sektorin toimijoiden yhteydessä. AA:ssa keskiössä on häpeän käsittely, kun taas kristillisessä toiminnassa on keskeistä käsitellä lisäksi syyllisyyden tunnetta. Keskusteluiden aiheissa ja tasoissa voi olla eroja päihdehoidon ideologian vuoksi:

*”Esimerkiksi käyttäytymistieteillä on keskeinen osuus terapeuttisissa menetelmissä, mutta samanaikaisesti ne ovat ilmeisen riittämättömiä vastaamaan yksilön hengelliseen ulottuvuuteen.”* (Lausvaara, 1990)

Aineistossa vertaillaan eri hoitomuotoja ja niissä toisiinsa nähden erilaisia hyötyjä. Yhteisöiden paremmuus liittyy usein pitkäaikaisuuteen ja myös syvällisiin keskusteluihin. Keskustelemalla haetaan ratkaisua henkilökohtaisiin ongelmiin, mutta esimerkiksi vertaistukiryhmistä voi olla apua myös käytännössä. Se tarjoaa päihdeettömän ympäristön, jossa ei tarvitse pelätä painostusta juomiseen. Toisaalta uuden identiteetin rakentaminen ja samaistuminen toimivat pohjana sellaisten selviytymistaitojen ja käyttäytymismallien oppimiselle päihdeongelmaisen luonnollisessa ympäristössä, mihin ammattiauttajien ei nähdä pystyvän. Ryhmässä oppii myös taitoja välttellä näitä riskitilanteita. Pitkään raittiina pysyneet ovat myös esimerkkinä mahdollisuudesta onnistua pyrkimyksessä ja luovat uskoa siihen, että raitistuminen voi onnistua. Kokouksia pidetään merkittävänä myös *”muistamattomuuden ehkäisyssä”* eli ne toimivat paikkana, jossa päihdeongelmaista muistutetaan alkoholismista ja mitä yhdestä ryypystä seuraa.

*”Päihdeettömien sosiaalisten verkostojen luominen alkoholisteille ei tunnetusti ole helppoa muttei kuitenkaan mahdotonta, kuten esimerkiksi oma-apuryhmien toiminta osoittaa.”* (Saarnio & Mäkelä, 1997)

Päihdeettömien verkostoa korostetaan myös pysyvän kuntoutumisen onnistumisen edellytyksenä. Verkosto löytyy helpoimmin vertaistukiryhmistä, kuten AA:sta, A-kiltojen ja paukunvartijoiden ryhmistä, mutta myös muita mahdollisuuksia on. *”Näitä ’porukoita’ voivat olla A-klinikoiden*

*aamuryhmät, toimintakeskusten ja asiakasyhdistysten talkoo- ja harrastustoiminta".* Keskustelua käytetään myös yksilökohtaisessa terapiassa tai hoidettavana voi olla koko perhe. Näitä käytetään ainakin A-klinikoilla ja jopa terveydenhuollon suositellaan ottavan mallia A-klinikoista, kun terapiaa suositellaan lääkehoidon lisänä tai sijaan. Yhteisöhoitoon luotetaan vielä 2000-luvullakin, kun sitä painotetaan myös muissa hoitokodeissa:

*"A-kodissa siirryttiin joitakin vuosia sitten omahoitajajärjestelmästä yhteisöhoitoon." (Saarnio, 2002)*

Tämä kuvastaa sitä, kuinka yhteisöt nähdään keskeisenä voimavarana ja hoitomuotona myös muissa hoitomuodoissa kuin vertaisryhmissä. Psykososiaalinen yhteisöhoito nähdään merkittävänä myös huumehoidossa. Näissäkin kolmas sektori on merkittävässä roolissa. NA-ryhmät ovat päihdeongelmallisille tarkoitettuja vertaisryhmiä. Kolmannen sektorin hoitopaikkojen kuten *Kiskon* ja *Pellaksen* mainitaan tekevän tiivistä yhteistyötä näiden vertaisryhmien kanssa. Yhteisöt ovat tärkeä ja merkittävä osa huumehoitoa, vaikka ei kaikille:

*"...moni potilas tarvitsee lisähoidoksi terapeutista yhteisöä joko viikoittaisena toimintana tai asuinyhteisönä... Maaseudulle perustetut hoitokodit, Kisko hoitoyhteisö ja Helsingissä toimiva Hietalinna-yhteisö ovat lääkkeettömiä terapeutisia yhteisöjä, jotka auttavat heroinisteja uuden elämän alkuun. NA-kerhotoiminta antaa ryhmäpsykoterapiaan kuuluvien kokemusten lisäksi uudenlaisen yhteisön, johon moni kuuluu vuosikausien, jopa vuosikymmenten ajan. Tämäkään hoitomuoto ei sovi kaikille. Moni huumeidenkäyttäjä tarvitsee pitkäaikaista psykoterapiaa." (Karvonen, 1998)*

Päihdeongelmaisten hoitaminen yhteisöissä ja ryhmissä on merkittävässä roolissa ja se näkyy aineistossa selvästi. Niissä ei ole samanlaista tihentymää 1980-luvulle kuin terapeuttien hoitomuotojen kehittämisessä, vaikka *Minnesota*-hoidon kehittäminen ajoittuu 1980-luvulle. Yhteisöissä hoitoa vertaillaan paljon terapeuttisiin hoitomuotoihin vasta 1990- ja 2000-luvuillakin, kun psykososiaalisen päihdehoidon lisäksi aletaan tarjota lääkkeellistä hoitoa.

### *Päihdehoidon medikalisoituminen*

Psykososiaalisen terapian rinnalle tulee kuvaan mukaan myös lääkehoito, kun huumehoidosta kirjoittamisen osuus aineistossa kasvaa 2000-luvulla. Kolmannen sektorin terapiapainotteisuudessa nähdään kyllä rajoitteita jo aiemmin 1980-luvun lopussa, mutta tämä on poikkeuksellista siihen aikaan. Muun muassa A-klinikoiden terapiaan ohjaaminen voidaan nähdä liian samanlaisena reseptinä päihdeongelmaisen hoidossa:

*”Ehkä sen takia hoitopaikan [A-klinikan] tarjoukseksi tuli kaikkien kohdalla keskusteluterapia, ei koskaan lääkehoito.” (Sirén & Mäkelä, 1989)*

Lääkkeellisessä huumeiden käyttäjien hoidossa jo korvaushoitoasetus *”edellyttää lääkehoidon rinnalle psykososiaalisen kuntoutuksen järjestämistä”*. Huumeiden käytön lisääntyminen onkin tuonut päihdehoidolle uusia haasteita, kun on pitänyt kehittää näitä lääkehoitoa täydentäviä hoitomuotoja huumeongelmallisille. Heille suunnatun vertaistukitoiminnan nähdään olevan vielä vähäistä vuonna 2009. Tässä huumeongelmallisille tarkoitetussa korvaushoidossa ovat kunnostautuneet kolmannen sektorin toimijoista ainakin A-klinikkasäätiön alaisuudessa toimivat klinikat:

*”Klinikat [A-klinikkasäätiön Järvenpään sosiaalisairaalan alaisuudessa toimivat K-klinikka ja Vieroitushoitopoliklinikka] toteuttivat lääkkeellistä hoitoa, jota tuettiin kognitiivisesti suuntautuneella psykososiaalisella työotteella. Klinikat pyrkivät tukemaan potilaiden päihderiippuvuuden hallintaa ja yhteiskuntaan integroitumista.” (Tourunen ym., 2009)*

Lääkehoidon nähdään olevan suuremmassa roolissa, jos päihdeongelma on vaikea. Avohoidon nähdään nojaavan *”voimakkaammin psykososiaaliseseen hoitoon”*. Tutkimusajanjakson lopussa vuonna 2012 lääkehoito kuuluu jo monipuolisen päihdeklinikan hoitomuotoihin. Aiemmiltä vuosikymmeniltä näitä mainintoja ei aineistosta löydy ja päihdehoidon yhteydessä puhutaan vähän lääkeshoidosta. Tässä voi olla merkitystä toisaalta lääkeshoidon kehittämisessä ja toisaalta päihdeongelmien vaikeutumisesta huumeiden käytön lisääntymisen myötä:

*”Kotkassa päihdekliniikka [A-klinikkasäätiön] tarjosi vuonna 2010 perhekeskeiseen ajatteluun perustuvaa kokonaisvaltaista hoitoa ja kuntoutusta päihdeongelmallisille sekä heidän läheisilleen. Hoitoon oli mahdollista tulla ilman lähetettä ja se oli asiakkaille ilmaista. Hoito perustui vapaaehtoisuuteen ja yhdessä tehtyyn yksilölliseen hoitosuunnitelmaan ja hoitomuotoina olivat mm. yksilö-, pari- ja perheterapia, ryhmähoito, akupunktio, vyöhyketerapia, erilaiset rentoutusmenetelmät sekä lääkehoito. Päihdekliniikalla oli käytettävissä sosiaaliterapeuttien, sairaanhoitajien sekä lääkärin palvelut ja se vastasi myös opioidiriippuvuuden vieroitus- ja korvaushoidon toteutuksesta Kotkassa... Toiminta-ajatuksena oli edistää moniongelmaisten hoitoa monilla tavoilla.” (Stenius ym. 2012)*

Tästä näkyy hyvin se, kuinka laajaksi keinovalikoima on kehittynyt. Monipuolisten psykososiaalisten hoitomuotojen lisäksi tarjolla on lääkkeellistä hoitoa huumeongelmallisille. Tämä on kuitenkin edelleen marginaalisessa roolissa ja yhä edelleen päihdehoidossa on vallalla psykososiaalisten hoitomuotojen käyttö. Laajalla valikoimalla pyritään vastaamaan jokaisen päihdeongelmaisen yksilölliseen tarpeeseen.



#### 5.4 Laadukkaana toimijana: ammattimaista ja yksilöllistä

Kolmas sektori tuottaa paljon julkisia palveluita, joissa näkyvät hyvin yhteiskunnalliset muutokset. 1990-luvulla laman myötä palveluntuotantoon tuli muutoksia, kun talouskasvu pysähtyi ja kääntyi alaspäin. Tämä vaikutti säästämis- ja tehostamispaineisiin, mutta palvelut haluttiin kuitenkin säilyttää. Palveluiden laatua parantamalla pyrittiin saamaan tehokkaampia palveluita ja samalla säästöä aikaan. Laadun voi nähdä muun muassa ammattitaidon ja asiakaslähtöisyyden kehittämisenä. Asiakaslähtöiseen laatuun liitetään useita ominaisuuksia, kuten luotettavuus, pätevyys, reagointialttius, saavutettavuus, kohteliaisuus, viestintä, uskottavuus, asiakkaan ymmärtäminen ja tunteminen, turvallisuus ja fyysinen ympäristö. (Koskiahio ym. 1999, 256–268.) Asiakaslähtöistä laatua voidaan siis kehittää monella tavalla. Kehittämiseen liittyy vahvasti myös tutkimus ja palvelujen arviointi (Virtanen 2007, 42–45).

Tämä laadun korostaminen näkyy selkeästi myös tämän tutkielman aineistossa ja osa kolmannen sektorin toimijoista näyttäytyy laadukkaina toimijoina päihdehoidon kentällä. Tämä keskustelu tiivistyy 1990-luvun puolivälistä lähtien, vaikka siitä on kyllä useita mainintoja myös aiemmin aineistossa. Laadukkaana toimintana näyttäytyy asiantunteva pätevä hoito, jota pyritään kehittämään. Olen poiminut aineistosta kohtia, joissa puhutaan hoidon asiantuntemuksesta, yksilöllisyydestä, tutkimuksesta, arvioinnista ja kehittämisestä. Tarkemmin näistä kuvaan pätevyyteen sisältyvää työntekijän ammattitaitoa liittyen pitkälti koulutuksen korostamisena sekä asiakkaan ymmärtämiseen ja tuntemiseen liittyvänä hoidon yksilöllisyytenä laadun ulottuvuuksina. Nämä näkyvät aineistossa vahvimmin.

**Ammattilaisuuden** kategoriaparina toimii vertaistukeen perustuva **maallikkohoito**. Järjestöissä työskentelee paljon korkeakoulutettuja ja ne myös itse kouluttavat heitä. Hyvinvointivaltion nähdään järjestävän korkeasti kouluttautunutta henkilökuntaa päihdehuoltoon, mutta järjestöt vastaavat ammattilaisten spesifistä terapeuttisesta koulutuksesta (Kaukonen 2002, 150). Kolmanteen sektoriin ei ehkä perinteisesti ole liitetty vahvaa ammatillisuutta, mutta tässä aineistossa se tulee vahvasti esiin myös kolmannen sektorin ominaisuutena. Laadukkuuteen sisältyy myös hoidon **yksilöllisyys**, jonka kategoriaparina voidaan pitää päihdeongelmaisten joukon näkemisen **yhtenäisenä**. Laadukas hoito näkee jokaisen päihdeongelmaisen erityisyyden.

Käsittelen seuraavassa tarkemmin, miten laadukas tai ei-laadukas päihdehoito tulee esiin aineistossa. Joissakin artikkeleissa voi olla mainintoja molemmistakin. Kuvaan ensiksi alalla

työskentelevien ammattimaisuuden ja koulutuksen ilmenemistä aineistossa ja sen jälkeen hoidon yksilöllisyyden näkymistä. Kuvaan myös, millaisia heikkouksia näissä nähdään.

### *Koulutus avain asiantuntemukseen*

Ammattilaisuuden eli professionalismmin korostaminen näkyy keskeisenä tekijänä, kun puhutaan laadukkaasta kolmannen sektorin päihdehoidosta. Ammattilaisuus sisältää vankkaa objektiivista asiantuntemusta. Työkokemuksen lisäksi koulutus on merkittävä osuus ammattilaisuutta. Koulutus näyttäytyy laadun kehittämisenä kahdella tapaa: sekä päihdehoidossa työskentelevien kouluttamisena ja kehittämisenä että muiden päihdeongelmaisia kohtaavien kouluttamisena.

Usein kolmannen sektorin toimijat jaetaan ammattilaisuuden näkökulmasta kahteen luokkaan: ne, joissa panostetaan professionaalisuuteen ja ne, jotka perustuvat kokemukseen tai vertaisuuteen. Tässä kategoriaparissa aineistossa hierarkkisesti ylempänä näyttäytyy ammattilaisuuteen perustuva päihdehoito. Tämä tulee esiin siinä, mistä ja miten toimijoista puhutaan, kun on kyse ammattilaisuudesta tai kouluttautuneisuudesta. Jako on yleensä hyvin selkeä ja valtaosassa puhutaan A-klinikkasäätiön toiminnasta tai henkilöistä tavalla tai toisella. Kahtia jakautuneisuus voidaan sanoa suoraankin, kuten seuraavassa:

*”Yksityisiä laitoksia on karkeasti ottaen kahdentyyppisiä. Osa säätiöiden ylläpitämiä, ja ne käyttävät toiminnassaan usein korkeata ammatillista profiilia ja etsivät aktiivisesti uusia hoitomalleja. Hyväntekeväisyysjärjestöjen tai entisten alkoholistien tai heidän omaistensa ylläpitämät laitokset ovat kuitenkin lukuisampia. Nämä laitokset eivät yleensä panosta samalla tavalla professionaalisuuteen.” (Stenius, 1994)*

Ammattilaisuuteen liittyy vahvasti kouluttautuminen. Kolmannen sektorin toimipaikoissa työskentelee lääkäreitä, terapeutteja, sosiaalityöntekijöitä ja psykologeja. Koulutus ja sen arvostus tulee usein esiin kolmannen sektorin toimijoiden yhteydessä. Eri koulutustaustojen edustajia löytyy sekä A-klinikan toimipisteistä että muun muassa *Minnesota*-hoitoon perustuvasta laitoshoidosta. Ensimmäisen hoitotiimiin tulee aina kuulua lääkäri. Tällaisia eri ammattikuntien edustajien hoitoryhmiä kutsutaan moniammatillisiksi tiimeiksi, joiden *”tehtävänä on seurata potilaiden hoitoprosessia, laatia potilaskohtaisia hoitosuosituksia ja jatkohoitosuunnitelmia.”* Päihdeongelmaisten tilannetta hoidossa seurataan tiiviisti, kun kokoontumisia on useamman kerran viikossa ja mahdollisista ongelmista raportoidaan. Seuranta ja kokoontumiset ovat keskeinen osa laadukasta päihdehoitoa.

Päihdehoidon kouluttautuneisuutta arvostetaan ja sitä pidetään korkeatasoisena. Perustutkinnon lisäksi alalla työskenteleville on tarjolla jatkokoulutuksia ja esimerkiksi erilaisiin hoitomenetelmiin liittyvää koulutusta. Työn raskauden vuoksi työntekijöiden hyvinvointiin panostetaan kolmannen sektorin toimipaikoissa tarjoamalla esimerkiksi psykoterapiaa, työnohjausta ja konsultaatiota. Työnohjauksessa on mahdollisuus päästä purkamaan tuntemuksia ja saamaan uutta näkökulmaa muilta työntekijöiltä ja asiantuntijoilta:

*”Päihdehuoltoon liittyvä tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminta on varsin kehittynyttä verrattuna muihin sosiaalihuollon alueisiin. Sosiaalihuollolla ja A-klinikkasäätiöllä on monivuotisia kokemuksia päihdehuollon työntekijöiden jatkokoulutuksesta. Päihdehuoltotyö on erityisen raskasta ja vaativaa, joten työnohjauksen ja koulutuksen merkitys kasvaa.” (Halonen, Saarto & Sarvanti, 1988)*

Hoitomenetelmien monipuolistuminen on lisännyt terapeuteille asetettuja vaatimuksia etenkin A-klinikoilla, joissa pyritään vastaamaan asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin. 60 %:lla terapeuteista onkin koulutuksenaan eri menetelmällisten suuntausten yhdistelmä. Kun osaamista on erilaisista hoitomenetelmistä, on suurempi mahdollisuus, että hoitomenetelmä valikoituu päihdeongelmaisen yksilöllisistä tarpeista käsin. A-klinikoiden asiantuntemus näkyy siinä, että he ovat pitkään olleet mukana kehittämässä ja huolehtimassa päihdehoidosta. A-klinikoista puhutaan toimijoina, joilla on mahdollisuus vaikuttaa ja kehittää päihdehoitoa. Niiden mielipidettä kysytään, kun tarvitaan ammattilaisten näkemystä. Ammattilaisuus tulee näkyviin siinä, että niillä myös on kykyä paneutua jokaisen yksilölliseen tilanteeseen ja puolustaa päihdeongelmaisia, kun sille on tarvetta. Ammattilaisilla on maallikkoa laajempi näkökulma ongelmaan. He *”tuovat esille perheiden ja kotien ongelmia”* ja lisäksi näkevät päihdeongelmaan liittyviä muita syitä ja seurauksia:

*”Päihdeongelmien parissa työskentelevien ammattilaisten näkökulmasta päihdeongelmat liittyvät myös terveysongelmiin ja keskusteluun yhteiskunnallisesta syrjäytymisestä. Päihdeongelmat nähdään syrjäytymisen alaongelmana, joskus myös syynä.” (Holmila & Simpura, 1999)*

Sen lisäksi, että kolmannella sektorilla työskentelevillä päihdehoidon ammattilaisilla on vankka koulutus, he huolehtivat myös muiden päihdeongelmaisten kanssa työskentelevien koulutuksesta. A-klinikkasäätiön koulutusvastuu liittyy myös yhteiskunnallisiin muutoksiin. Joitakin toimipisteitä kunnallistettiin ja joihinkin kuntiin perustettiin uusia omia päihdepalveluita. Silloin A-klinikkasäätiön työntekijöitä on ollut koulutusvastuussa ja se nähdään säätiön *”vahvana alueena”*, mitä säätiö on itsekin tuonut esiin. Koulusta voidaan antaa lisäksi esimerkiksi vankiloiden työntekijöille, muulle sosiaalihuollolle tai työelämän edustajille, jotka ovat mukana hoitoonohjauksessa. Vankiloiden

päihdehoidon kehittämisessä koulutuksella on useita tehtäviä, kuten helpottaa päihdeongelmien tunnistamista ja antaa päihdehoitoon liittyviä valmiuksia henkilökunnalle:

*”Tarkoituksena on yhteistyössä vankiloiden kanssa, kehittää hoito-ohjelmia päihdeongelmallisille vangeille sekä antaa vankilahenkilökunnille päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoitoon liittyvää tukea ja valmiuksia” (Kallio, 1998)*

Asiantuntemusta nostetaan yhä enemmän esiin, kun asiakkaiden ongelmien nähdään vaikeutuneen. Päihdehoidossa on työntekijän eduksi, jos on myös muiden elämänalueiden asiantuntija. Päihdeongelmiin liitetään usein mielenterveysongelmia ja A-klinikoiden ja vastaavien kuntoutuslaitosten työntekijöitä pidetään pätevinä hoitamaan myös näitä niin sanottuja moniongelmaisia. Toisaalta siirtyminen yhä enemmän pois laitoshoidosta tuo muun muassa A-klinikan avohoitoon yhä vaikeampia asiakkaita. Tämä vaatii ammattilaisuuden lisäksi resursseja, kun hoitosuhteet voivat olla jopa elinikäisiä. Ammattilaisuus voi auttaa heitä myös käsittelemään ja ennaltaehkäisemään väkivaltaista käytöstä, vaikka myös käytännöt nähdään yhtenä mahdollisena osatekijänä:

*”Esimerkiksi A-klinikoilla oli ilmennyt uhkaavaa tai väkivaltaista käyttäytymistä vain viidellä prosentilla asiakkaista. Tämä voi johtua monista tekijöistä, kuten asiakkaiden valikoinnista, ajanvarausjärjestelmistä, tottumuksesta asiakkaiden aggressiiviseen tai vastaavaan käyttäytymiseen tulkitsematta tilannetta kuitenkin uhkaavaksi, kyvystä ehkäistä vihamielistä käyttäytymistä tai hyvistä ja luottamuksellisesta hoitosuhteesta.” (Nuorvala ym. 2008)*

Kolmannen sektorin toimintaa jaetaan usein kahtia ammattilaisuuden perusteella. Tästä löytyy kuitenkin poikkeuksia, kun esimerkiksi *Minnesota*-hoito tuli markkinoille. Vaikka se perustuu AA-ideologiaan ja siinä nähdään joitakin heikkouksia, niin työ laitoksissa perustuu vahvaan ammattilaisten joukkoon. Se nähdäänkin *”haasteena perinteisten hoitosuuntien edustajien ammattitaidolle”*. Toisaalta hoitokotitoimintaa on perustettu vapaaehtoistyönä esimerkiksi *Vanhempainyhdistys Vapaaksi Huumeista ry:n* käynnistämänä, vaikka sen mainitaan myöhemmin siirtyneen ammattimaiselle pohjalle. Lisäksi koulutusta ja informaatiota ovat tarjonneet myös muut kuin A-klinikka, kun esimerkiksi *Myllyhoitoyhdistys r.y.* on ollut vahvana viemässä tietoa ja koulutusta hoitoonohjauksesta eteenpäin työpaikoille ja kunnille.

Päihdehoidon laadukkuuden nähdään heikentyneen, kun esimerkiksi taloudellisen tilanteen vuoksi ei täytetä ammattilaisten, kuten sosiaalityöntekijän tai -terapeutin virkaa. Liian tiukka työtahti voi laskea henkilöstön suorituskykyä, mikä heikentää hoidon laatua. Toisaalta pätevän henkilökunnan nähdään työtään kehittämällä pystyvän vaikuttamaan siihen, että päihdepalvelu selviytyy myös

taloudellisesti vaikeista ajoista. Joitain harvoja mainintoja tulee myös siitä, etteivät ammattilaiset pysty reflektoimaan työtään ja voivat nähdä keskeyttämiset ennemmin päihdeongelmallisille luonteenomaisena toimintana kuin oman toimintansa seurauksena:

*”Kun ruoka, lepo ja lääkkeet on saatu, alkaa kuitenkin hurja poisjäänti. Hoito ei ehkä enää näiden konkreettisten asioiden jälkeen vastaakaan asiakkaiden tarpeisiin... Ilmiö nähdään hoitopaikassa mieluummin asiakkaan ominaisuutena kuin palautteena omasta toiminnasta.” (Sirén & Mäkelä, 1989)*

Päihdehoito ei tuota hyviä tuloksia hoidon onnistumisen suhteen, minkä vuoksi hoidon kehittämiseksi tähän tulisi kiinnittää huomiota arjen työssä. Toisaalta voi työntekijälle olla raskasta analysoida jokaista epäonnistumista, koska yrityksistä niin moni on tulokseton. Terapeuttien osaamisessa ja tuloksissa päihdeongelmaisten kanssa on kuitenkin aineiston mukaan eroja, joten oman suhtautumisen ja työtapojen kehittäminen mahdollistaisi laadukkaamman päihdehoidon. Ammattilaisuus voidaan nähdä heikkoutena myös silloin, kun se heikentää päihdeongelmaisen tai yhteisön vaikutusmahdollisuuksia. Ammattilaisilla voi olla liian dominoiva rooli niin päihdeongelmaisten kanssa kuin yhteisön muuttamistyössä. Tällöin päihdeongelmaisia ei kuulla riittävästi:

*”Mahdollisuus kumuloitavaan kokemukseen ja taitotietoon perustuu ammattilaisten verkostoihin... Ammattilaisten mukanaolo takaa jatkuvuuden, mutta riskinä on, että he saavat toiminnassa helposti ylivallan. Kansalaisia ei saada mukaan muuttamaan yhteisöään, jos ammattilaiset ovat liian hallitsevassa asemassa.” (Holmila & Simpura, 1999)*

Pääsääntöisesti ammattilaisuus nähdään positiivisena asiana ja vahvana kolmannen sektorin toimijoilla. Vahva ammattilaisuus ei kuitenkaan takaa menestystä hoitotyössä, vaan pitää olla asenne jatkuvaan työn ja taitojen kehittämiseen. Raitistuminen on mahdollista myös maallikkohoitoon perustuvissa vertaisryhmissä. AA-ideologiaan perustuvat hoitolaitokset hyödyntävät sekä maallikotietoutta, että ammattilaisuutta, kun kouluttautuneet työntekijät ovat entisiä päihdeongelmaisia tai heidän läheisiään. Hoidon asiakaslähtöisen laadun kehittäminen näyttäytyy kuitenkin aineistossa useimmiten A-klinikoiden koulutettujen ammattilaisten tavoitteena.

#### *Yksilöllisyys kolmannen sektorin päihdepalveluissa*

Yksilöllisyys hoidossa tulee esiin jo erilaisten hoitomuotojen kehittämisessä ja tavoitteista keskusteltaessa. Päihdeongelmaiset eivät ole mikään yksi yhtenäinen joukko, vaan heidän taustansa ovat hyvin erilaiset ja samoin kapasiteetti toipumiseen. Siksi onkin pyritty kehittämään erilaisia

hoitomenetelmiä, että jokaiselle löytyisi oma yksilöllinen hoitopolkunsaa. Seuraavassa on esimerkki Kankaanpään A-kodista, jossa on käytössä erilaisia hoitomenetelmiä, mikä takaa laadukkaan yksilöllisen hoidon:

*”Muutosvalmius on yksi hoitosuunnittelun keskeisistä aspekteista, koska asiakkaat eivät ole hoitoon tullessaan samanlaisessa valmiudessa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että hoitosisällöt muokataan mahdollisimman yksilöllisiksi. Esimerkiksi esiharkintavaiheessa olevat, monesti vastahankaiset asiakkaat pitäisi kaikkein ensimmäiseksi saada pysymään hoidossa. Tämä edellyttää yksilöllistä motivointia, joka on eri asia kuin standardimenetelmän käyttö.” (Saarnio & Knuuttila, 2006)*

Laadukkaassa hoidossa tavoitteet voi asettaa yksilöllisten tarpeiden mukaan, eikä kaikkia tarvitse pakottaa täysraittiiksi. Hoidon yksilöllisyyttä perustellaan vaikuttavuudella. Kun päihdeongelmainen saa juuri hänelle sopivaa hoitoa, on mahdollisuus myös onnistua. Vaikka AA-ideologiaan perustuvissa hoitolaitoksissa on paljon eri alojen ammattilaisia, nähdään yhdenmukaistavan ideologian olevan haitaksi joidenkin toipumiselle. Tässä yksilöllisyydestä käytetään metaforaa *”räätälintyönä tehty hoito”*. Räätälintyö kuvastaa hyvin laadukkuutta, jota toivottaisiin myös Minnesota-hoidolta:

*”[asiakas] voi ehkä hyötyä enemmän räätälintyönä tehdystä hoidosta. Tämä merkitsee sitä, että Minnesota-mallin mukaisessa hoitotyössä henkilökunnan olisi hyvä konstruoida jatkohoitovaihtoehdot vähemmän mustavalkoisesti. Kaikki Minnesota-hoitoa saaneet asiakkaat eivät ole kiinnostuneita AA:sta, vaikka heitä kiinnostaakin muutos.” (Holmberg, 1995b)*

Myös huumehoidossa on siirrytty yhteisestä hoitomallista yksilöllisiin. Jälkimmäisen paremmuus on tullut esiin käytännön työssä kokemuksen kautta. Yksilöllinen suunnitelma nähdään laadukkaampana ja sitä parannetaan vielä arvioinnilla, mikä on oleellista, kun on kyse todistettavasti laadukkaasta päihdehoidosta.

*”Klinikoilla [A-klinikasäätiön Järvenpään sosiaalisairaalan alaisuudessa toimivat K-klinikka ja Vieroitushoitopoliklinikka] noudatettiin alkuvuosina kaikille yhteistä hoitomallia, mutta kokemuksen myötä siirryttiin yhä enemmän yksilöllisiin hoitosuunnitelmiin. Ensimmäinen hoitosuunnitelma tehtiin noin kuukauden kuluttua hoidon alkamisesta verkostopalaverissa, johon osallistui potilaan ja klinikan moniammatillisen työryhmän lisäksi muita asiakkaan verkostoon kuuluvia viranomaisia ja läheisiä. Hoitosuunnitelma arvioitiin 3–4 kuukauden välein.” (Tourunen ym., 2009)*

Yksilöllisyyden vastakohtana esiintyy päihdeongelmaisten näkeminen samanlaisena massana, jonka kehityskulku on samanlainen. Tällaista näkökulmaa kritisoidaan usein liian yleistävänä. Se nähdään kolmannen sektorin toimijoista erityisesti AA-ideologian tuottamana kuvana, jonka nähdään voivan hyvin edelleen. Tästä puhuttaessa on usein esillä AA-miesten avulla luotu Jellinekin

hevosenkenkämalli, joka on kuvaus päihdeongelmaisten yhteisestä elämänkaaresta. Siinä nähdään useita heikkouksia ja negatiivisia seurauksia, kun kaikki päihdeongelmaiset pyritään laittamaan samaan muottiin. Toiminta näyttäytyy jopa epäeettisenä:

*”Tässä artikkelissa analysoimme myllyhoidon [AA ideologiaan perustuva] moniammatillisen tiimin tapaa käsitellä ja käyttää hoitoon tulleista asiakkaista kerättyjä tietoja. Sittemmin asiakkaista muodostettua käsitystä käytetään yksilöllisten hoitotoimenpiteiden suunnitteluun... Käytännössä tämä tarkoittaa, että asiakkaista kerättyä tietoa käytetään valikoivasti ja tarkoitushakuisesti. Niinpä päihderiippuvuutta arvioivia MAST- ja DSM4-testejä ei käytetä ongelman vakavuuden arvioimisessa vaan alkoholismien todentamisen tekniikkana.” (Arminen & Perälä, 2001)*

Artikkelissa puhutaan siitä, kuinka ammattilaisten näkemysten mukaan asiakkaan kokema päihdeongelman lievyys on vain merkki salailusta ja ongelman kieltämisestä. Testeissä saatujen pienen pistemäärien ei siis oleteta kertovan totuutta päihdeongelman tasosta, vaan oikeastaan suuremmat pistemäärät ovatkin lähempänä toipumista, koska he myöntävät ongelman vakavuuden. Oikea tieto asiakkaista häviää, eivätkä he tule kuulluiksi. Tämä taas voi vaikuttaa asiakkaiden hoitomyöntyvyyteen negatiivisesti. Tämän lisäksi hevosenkenkämalli on luotu päihdeongelmaisten miesten avulla (Halonen 1980, 166). Sukupuolella on todettu myös olevan eroavaisuuksia hoidon suhteen, joten miesten päihdeongelmaa yksinkertaistavan mallin käyttö voi mennä vielä enemmän pieleen naisten kanssa.

Yksilökohtaisen laadukkaan hoidon nähdään heikentyneen taloudellisen tilanteen vuoksi. 1990-luvun laman vaikutuksiin viitataan useissa yhteyksissä ja sen nähdään vaikuttaneen joissain tapauksissa myös hoidon yksilöllisyyteen ja laatuun, vaikka toisaalta laatua ja vaikuttavuutta alettiin korostaa säästöpainneiden vuoksi. Taloudellinen tilanne vaikuttaa etenkin kolmannen sektorin tuottamiin ostopalveluihin, joita artikkeleissa edustavat jotkut A-klinikan toimipisteet. Säästötoimet ovat vaikuttaneet yksilökohtaisen hoidon häviämiseen, henkilöstön turvallisuuden ja psyykkisen suorituskyvyn laskuun sekä sairastavuuden kasvuun. Säästöistä ovat kärsineet sekä päihdeongelmaiset että henkilökunta.

Yksilöllisyyden toteutumista hoidossa on tutkittu muun muassa päihdeongelmaisten kuntoutussuunnitelmien avulla. Etenkin A-klinikan on nähty painottavan ”*pontevasti*” asiakkaan osuutta suunnitelman laadinnassa, mikä on tarkoitus tehdä yhdessä eri ammattilaisten kanssa. Tämä nähdään ainoastaan teoriana, joka ei ole siirtynyt käytäntöön, koska suunnitelmat ovat yhdenmukaisia. Ehkä ammattilaiset dominoivat suunnitelmien laadintaa kokemuksellaan, eikä päihdeongelmaisille tuoda tarpeeksi esiin erilaisia vaihtoehtoja, joista he pystyisivät itse

muodostamaan voimakkaampaa mielipidettä. Tutkimuksen mukaan hoidon yksilöllisyyden toteuttamisessa on epäonnistuttu hyvistä tarkoituksista huolimatta:

*”Hoitopaikkojen korostama hoidon yksilöllisyys ei myöskään näkynyt hoitosuunnitelman tasolla. Niissä tavoitteet ja keinot olivat hyvin yhtäläisiä.” (Mäkelä & Sirén, 1990)*

Hoidon yksilöllisyyden ja hoitohenkilökunnan puutteita kritisoidaan sekä AA:ssa ja A-klinikoilla. AA-ideologiaa pidetään etenkin 1990-luvulta lähtien liian mustavalkoisena ja päihdeongelma nähdään liian yksioikoisena. Lisäksi henkilökunnalta puuttuu ammattitaitoa. Nämä AA:n heikkoudet korostuvat aineistossa, kun ollaan enemmän kiinnostuneita hoidon laadukkuudesta. A-klinikoilla taas ammattilaiset eivät saa päihdeongelmaisia pysymään hoidossa ja tavoitteet määräytyvät enemmän ammattilaisten osaamisen kuin päihdeongelmaisen tarpeiden mukaan. Pääsääntöisesti aineiston välittämä kuva korkean professionaalin päihdehoidosta on kuitenkin laadukas ja yksilökohtaiset erot paremmin huomioiva.

### 5.5 Kolmas sektori markkinaraossa: kumppanuus, markkinaehtoisuus vai itsenäisyys?

Politiikassa on painotettu kolmannen sektorin roolin kasvattamista ja kumppanuutta, kun taloudellinen tilanne on muuttunut. Kolmannen sektorin on toivottu paikkaavan julkisen sektorin vajetta. (Koskiahio 2014, 159–173.) Järjestöjen kasvanut rooli kunnallisten päihdepalvelujen tuottamisessa näkyy siinä, että palveluiden hallinta on siirtynyt kuntien ulkopuolelle ja järjestöt ovat tulleet merkittävämmäksi toimijaksi universaaleissa päihdepalveluissa. Lisäksi 1990-luvun laman aikana erityispalvelujärjestelmä laajentui. Päihdejärjestöjen saamien RAY-avustusten määrä nelinkertaistui 1990-luvun aikana, joten projektien osuus oli merkittävä järjestöjen työssä. Lisäksi huumepalvelut kasvoivat 1990-luvun lopulla, kun huumeiden käyttö lisääntyi. Ne olivat lähes kokonaan järjestöjen tuottamia ja RAY:n rahoittamia palveluita. (Kaukonen 2002, 154.)

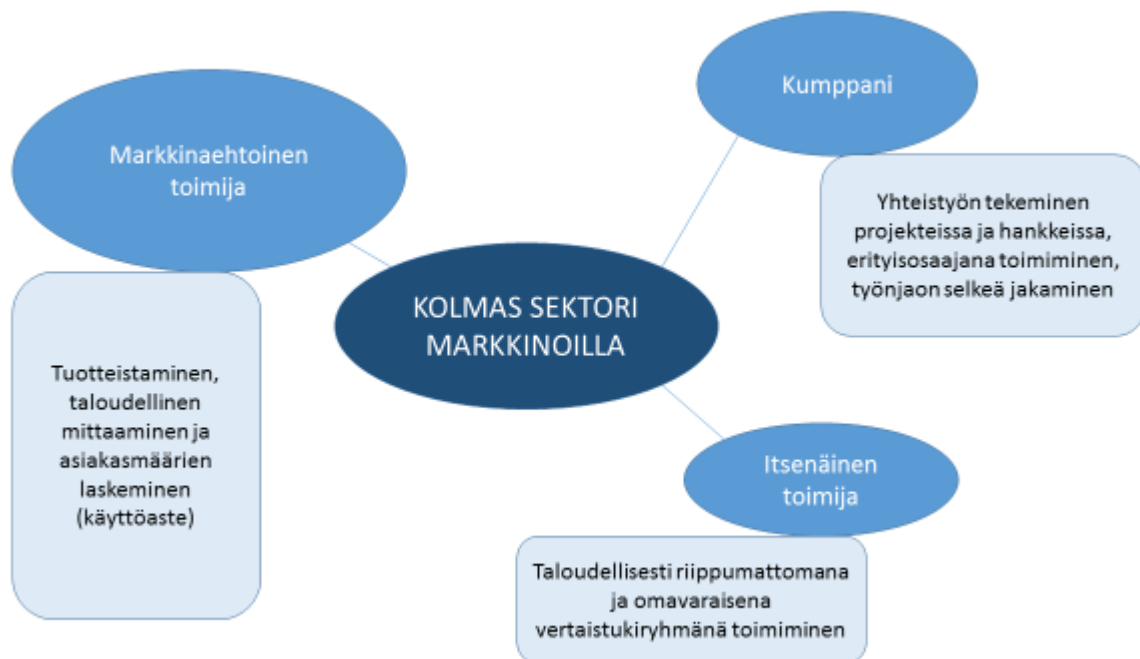
Yhteiskunnan taloudellisen tilanteen muutos 1990-luvulla näkyy aineistossa selvästi. Taloudellinen taantuma vaikuttaa siihen, että yhä enemmän mitataan asiakasmääriä, kustannuksia ja tehokkuutta ja tämä näkyy myös kolmannen sektorin toiminnassa. Joitakin mainintoja löytyy 1980-luvun taitteesta, mutta pääsääntöisesti aihe ei tule esiin vielä 1980-luvulla. Taloudellinen tilanne näkyy eniten 1990-luvun lopulla sekä 2008–2012. Eniten taloudellinen tilanne näkyy kolmannen sektorin palveluissa, joita tuotetaan kunnille eli vahvimmin A-klinikoilla, mutta myös AA-ideologiaan perustuvissa ja muiden järjestöjen hoitolaitoksissa taloudellinen tilanne kyllä näkyy. Taloudellinen tilanne on vaikuttanut myös kristilliseen laitoshoidon, jonka toisaalta nähdään toimivan vaikeina



aikoina myös *”heikoimpien puolustajana”*. Vapaaehtoisuuteen perustuvassa kolmannen sektorin vertaistoiminnasta AA:n yhteydessä mainitaan yhä useammin sen maksuttomuus ja omavaraisuus, eli se ei ole riippuvainen taloudellisesta tilanteesta.

Taloudellinen tilanne näkyy aineistossa kolmannen sektorin kolmena erilaisena roolina. Markkinoistumisen myötä kolmannen sektorin toimijat voidaan nähdä yhä enemmän **markkinaehtoisena** toimijana. Tämän kategoriaparina toimii **kumppanuus** projekteissa ja kolmantena vaihtoehtona aineistosta löytyy **itsenäinen** toimija, joka ei ole riippuvainen tai muutenkaan ole yhteistyössä muiden sektorien kanssa. Kuviossa 4 olen erotellut nämä aineistossa näkyvät kolmannen sektorin kolme erilaista roolia taloudellisina toimijoina.

*Kuvio 4. Kolmannen sektorin eri roolit markkinoilla*



Kuvaan seuraavaksi omissa alaluvuissa, miten taloudellisen tilanteen muutos ja kolmannen sektorin eri roolit näkyvät aineistossa. Tarkastelen ensin tarkemmin sitä, miten kolmas sektori näyttäytyy markkinaehtoisena toimijana ja mitä ongelmia siinä nähdään. Tämän alaluvun lopussa tarkastelen vaihtoehtoisia rooleja: kumppanuutta julkisen sektorin kanssa ja toiminnan itsenäisyyttä, ja miten näitä kuvataan aineistossa.

### *Kolmas sektori markkinaehtoisena toimijana*

Pääsääntöisesti kolmas sektori näyttäytyy taloudellisuuden näkökulmasta aineistossa 1990-luvun puolesta välistä lähtien markkinaehtoisena toimijana ja usein julkisiin toimijoihin nähden alisteisena toimijana. Sen toimintaa mitataan niin rahassa, asiakasmäärissä kuin tehokkuudessakin. Järjestöistä puhutaan palvelun tarjoajina ja tuottajina. Niiden *”roolina oli taas omaksua kilpailutuksen säännöt”*. Ei-julkisten toimijoiden kerrotaankin tuottavan yli puolet päihdehuollon erityispalveluista (Stenius ym. 2012, 169). Tästä kolmannen sektorin toimijat kattavat suurimman osan. Jotta kolmas sektori pystyy saamaan rahoitusta toiminnalleen kunnilta, on sen toimittava kuntien toiveiden mukaan. Sen rooli on muuttunut yhä lähemmäs yritysmäistä suuntaa:

*”...kun kolmannesta sektorista etsittiin aiemmin vastapainoa markkinoistumiselle ja valtiojohtoisuudelle, niin nykytilanteessa sektorin toimijoiden on nimenomaan odotettu omaksuvan liikkeenjohdosta lainattuja toimintatapoja.” (Perälä, 2010)*

Kolmannen sektorin päihdehoidon markkinoistumisesta kertoo se, että aineistossa puhutaan *”tuotos-panos-suhteesta”* ja *”tilaaja-tuottaja-mallista”*. Kolmas sektori on näissä vahvasti läsnä, koska se on niin suuressa roolissa päihdehuollon palveluiden tuottajana. Palveluiden kilpailutuksessa haasteena nähdään kolmannen sektorin palveluiden *”vertailukelpoisuus”* julkisiin palveluihin nähden. Eri toimijat tarjoavat erilaisia palveluita. Kunnan työntekijät kokevatkin usein yhteistyön kolmannen sektorin kanssa kuormittavaksi ja ratkaisumahdollisuutena nähdään palveluiden laadun varmistaminen etukäteen kilpailutuksen avulla ja myös rajaamalla palveluntuottajia.

Päihdepalveluiden markkinoistumiseen liittyy tuotteistaminen, mikä tulee uutena terminä palveluiden tilalle 1990-luvun lopun artikkeleissa. Ainakin A-klinikka on mainittu tässä yhteydessä, kun palveluita on alettu tuotteistaa henkilökunnan vahvuuksien mukaan. Eri A-klinikan yksiköt voivat vastata eri alueista ja näin ne ovat voineet erikoistua entisestään. Onnistunut tuotteistaminen on auttanut selviämään taloudellisesti vaikeina aikoina. Tuotteita on voitu myydä myös ulkokuntalaisille ja päihdepalvelulaitoksen menestys voi olla hyvin tehdyn myyntikampanjan ansiota, kun tuotteet ovat hyvin kohdennettuja ja yksilöllisiä. Erikoistuminen henkilökunnan vahvuuksia mukaillen on nähty hyvänä *”strategiana”* pärjätä lama-aikana. Voidaan puhua myös tuotteiden uudistamisesta palveluiden uudistamiseen sijaan:

*”A-klinikkasäätiön alaisuudessa toimiva Kouvolan kuntoutuskeskus on esimerkki hyvin toimivasta ostoskanavastrategiasta... Yksikkö on lähtenyt laajentamaan palvelujaan ja paikkalukua on lisätty*

*12:sta 20:een, mutta siitä huolimatta käyttöaste on pysynyt kohtuullisena... Kouvolan kuntoutuskeskuksen tarjoamat palvelut on osittain tuotteistettu ja laitoksen tarjoamia tuotteita on uudistettu.” (Tiensuu, 1996)*

Kolmannen sektorin toiminnan erikoistumisessa ja muuttumisessa merkitsevät paljon palvelujen tarve ja se, mihin varoja panostetaan. Kun huumepalveluihin on tarjolla erityisiä varoja, kuten erityistukea julkiselta puolelta, suuntautuu myös toimintaa siihen suuntaan. Esimerkkeinä mainitaan *Kalliolan klinikkojen Kiskon yksikön* ja *A-klinikkasäätiön Hietalinnayhteisön* saaneen erityistukea ja se on laajentanut näiden *”vahvojen alkoholistitoimijoiden”* toimintaa. Huumehoitoon oli tarjolla varoja, koska huumeiden käyttö lisääntyi merkittävästi 1990-luvulla (Kaukonen 2002, 154). Kysyntä on vaikuttanut uusien ja erilaisten toimintamuotojen kehittämiseen ja onnistumista voidaan laskea asiakasmäärillä:

*”Erilaisille kohderyhmille tarkoitettussa päivä- ja työtoiminnassa oli parisataa päihde-ehdoista asiointia... on tämentyyppisiä palveluita tarjolla ja että näille on kysyntää.” (Kuussaari ym. 2012)*

Mittaamista tapahtuukin asiakasmäärien lisäksi taloudellisuudessa ja vaikuttavuudessa. Jotta järjestöt pystyvät toimimaan, he tarvitsevat asiakkaita. Mitä enemmän on asiakkaita, sen parempi. Asiakasmääristä ja etenkin päihdepalvelujen *”käyttöasteesta”* puhutaan useasti 1990-luvun lopusta lähtien. Korkea käyttöaste on merkki menestyksestä, kun taas matala käyttöaste kertoo tehottomuudesta. Asiakasmäärien kasvu nähdään siis positiivisessa valossa ja etenkin A-klinikoiden ja *A-kiltojen* kävijämäärien mainitaan nousseen huomattavasti 1980-luvun aikana. Suurin osa päihde-ehdoista asioinneista tapahtuu A-klinikoilla ja ne mainitaankin usein käytetyimpinä päihdepalveluina. Erityisesti 1990-luvun puolessa välissä menestyvät taas huumehoidon erityisyksiköt käyttöasteella mitattuna. Näistä kolmannen sektorin toimijoina mainitaan *Kalliolan kuntoutusklinikan Kiskon toimipiste, Hietalinna ja Pellas*. Ensimmäisen käyttöaste on ollut *”huippuluokkaa koko 90-luvun ajan”*.

Laskemiseen ja mittaamiseen liittyy myös tilastointi ja A-klinikan nähdään kunnostautuneen siinä. Usein vertailukohtana ovat muut kolmannen sektorin toimijat, mutta myös kunnalliset palvelut. A-klinikka on menestynyt niin suurten asiakasmäärien, huumehoidon laajentamisen ja käyttöasteen kuin tilastoimisenkin suhteen:

*”Eri palvelujen käytön volyymin mittarina päihdetapauslaskenta ei ole kovinkaan hyvä verrattuna esimerkiksi A-klinikoiden vuositilastoihin... Osasta avohoidon yksiköitä, kuten A-klinikoista, saadaan tarkkaa vuosittaista tilastotietoa. Vastaavasti hoitoilmoitusrekisteri tuottaa tietoa ympärivuorokautisesta palvelujen käytöstä sairaaloissa. Sen sijaan minkäänlaista tilastotietoa ei ole*

*saatavilla monista palveluista, kuten esimerkiksi sosiaalitoimistoista, terveyskeskuksista ja psykiatrisista avopalveluista. Näillä yksiköillä on merkittävä asema päihdeongelmaisten auttamisessa.” (Nuorvala ym. 2008)*

Siinä, että pyritään todistettavasti tehokkaaseen toimintaan, on myös käänköpuolensa. Ensinnäkin, kun asiakkaat ovat siirtyneet laitoshoidosta avohoitoon, on asiakkaiden ongelmat siellä aiempaa vaativampia, mikä vaatii enemmän resursseja. Obstbaum ym. (2011, 30) huomauttaa myös, että vaikka on siirrytty yhä enemmän kohti avohuoltoa, asiakkaita ei ole siellä tavoitettu toivotusti 1990-luvun jälkeen. Tämä on nähty erityisen ongelmallisena, koska kulutus ja haitat ovat olleet nousussa, mikä on johtanut esimerkiksi kalliiden vankilavuorokausien määrän nousuun. Lisäksi, kun päihdeongelmaisista tehdään suoritteita, on nopeampaa ja tehokkaampaa hoitaa helpompia asiakkaita. Niin kunnallisten peruspalveluiden kuin esimerkiksi A-klinikan erityispalvelujen vaarana mainitaan vaikeiden asiakkaiden vältteleminen ja siirtäminen vielä kevyempiin matalan kynnyksen palveluihin. Tässä ongelmana nähdään se, ettei kevyemmällä palveluilla ole mahdollisuuksia vastata näiden moniongelmaisten asiakkaiden tarpeisiin.

Tämä toimii siis nurinkurisesti, kun erityispalveluissa hoidetaan helpompia asiakkaita ja matalan kynnyksen palveluihin ohjautuvat vaikeimmat päihdeongelmaiset. Esimerkiksi vaativiin moniongelmaisiin korvikeasiakkaisiin voidaan suhtautua kahdella tapaa avopalveluyksiköissä, kuten A-klinikoilla. Joko ne ”käännyttävät” asiakkaat toisaalle tai käyttävät asiakkaaseen suhteellisen paljon aikaa. Tehokkaampien ja kohdennettujen palvelujen nähtäisiin olevan auttamisen lisäksi myös taloudellisesti hyödyllisempiä, vaikka tämän ei nähdä toteutuvan käytännössä:

*”...heidän tilanteensa ja tarpeiden selvittely vie keskimäärin pidemmän ajan kuin muiden päihdeasiakkaiden tarpeisiin vastaaminen. Tulosjohdettu auttamiskoneisto ei tällaisia satunnaiskävijöitä hyvällä katso.” (Kaukonen, 1993b)*

Laman aikana kuntien vastuuta päihdepalveluista lisätään, joten ne saavat vapaammat kädet päättäessään, millaisia päihdepalveluita ostavat. Toisaalta taloudellisen tilanteen mainitaan vaikuttaneen maksusitoumusten saamisen hankaloitumiseen ja hoitoaikojen lyhentymiseen. Ensikertalainen saa sitoumuksen helpommin kuin uudelleen hoitoon pyrkivä. 1990-luvulta lähtien näyttää aineistossa siltä, että palvelut ovat eriarvoistaneet päihdeongelmaisia monella tavoin. Taloudellisesti heikkoina aikoina sekä julkinen sektori että kolmas sektori hoitaa mieluiten helpompia ensikertalaisia kuin moniongelmaisia pitkään päihdeongelmista kärsineitä.

### *Vaihtoehtoina kumppanuus projekteissa tai itsenäisyys*

Kolmannen sektorin päihdepalvelujen päärahoittajana toimivat usein kunnat. Lisäksi rahoitusta saadaan avustuksina erityisesti *Raha-automaattiyhdistykseltä* (RAY), kun järjestöjen omarahoitus kattaa vain pienen osuuden (Salomaa, 1994). RAY:n avustusten merkitys korostuu aineistossa 1990-luvulta lähtien, kun kuntien taloustilanne heikentyy ja RAY mainitaan usein *”toiminnan ja projektien rajoittajana”*. Yhä enemmän hyvinvointipalveluita rahoitetaan erilaisista rahastoista ja RAY:n lisäksi muina rahoittajina mainitaan *EAKR* ja *ESR*. Nämä eri projektien rahoitusmahdollisuudet ovat merkittäviä, kun *”varsinainen työ tehdään kuitenkin projekteissa”*. Projekteihin osallistuminen mahdollistaa toiminnan kehittämisen ja kolmannen sektorin innovatiivisen toiminnan, kun niissä pyritään luomaan uusia tapoja järjestää päihdehoitoa.

Kehittämishankkeisiin osallistuminen auttaa selviämään 1990-luvun lamasta. Aineistossa tulee esiin, kuinka esimerkiksi A-klinikkasäätiön ylläpitämän Helsingin ympäristökuntien katkaisuhuoltoaseman henkilökunta ymmärtää oman vaikutuksensa toiminnan jatkoon. Kehittämällä suunnitelmallisesti toimintaa vaikeista ajoista selvittää. Avustuksilla on mahdollisuus kattaa erilaisia projekteja, joissa kolmannen sektorin toimijat ovat päävastuussa tai osallisena yhtenä monista toimijoista ja projektien voi nähdä lisäävän yhteistyötä eri toimijoiden kesken:

*”Järvenpään sosiaalisairaala on A-klinikkasäätiön yksikkönä, yhdessä Helsingin Diakonissalaitoksen, Kalliolan Kannatusyhdistyksen ja Sininauhaliiton kanssa, mukana valtakunnallisessa, kolmivuotisessa Vankien päihdehuolto -projektissa. Tarkoituksena on yhteistyössä vankiloiden kanssa, kehittää hoito-ohjelmia päihdeongelmallisille vangeille sekä antaa vankilahenkilökunnille päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoitoon liittyvää tukea ja valmiuksia”* (Kallio, 1998)

Tässä projektissa ovat kolmannen sektorin toimijat mukana laajalla rintamalla, kun mukana on myös aatteellisia toimijoita, kuten AA-ideologiaan perustuva *Kalliolan Kannatusyhdistys* ja kristillinen *Sininauhaliitto*. Toinen laaja yhteistyöprojekti on *Alue ja päihde* projekti, jossa on mukana kunnallisten toimijoiden lisäksi kolmannen sektorin toimijoista A-klinikka ja A-kilta sekä yritysmaailmasta Alko Oy sekä toinen projekti *Myllypuron lähiöprojekti*. Projekteilla voidaan kehittää esimerkiksi jonkun tietyn ryhmän päihdehoitoa, kuten vankien tai lapsiperheiden. Ensi- ja turvakodin projekti *Pidä kiinni* on kehittänyt 1990-luvun lopusta asti intensiivistä kuntoutushoitoa synnyttävälle äideille ainakin 10 vuoden ajan ja *Tosi-projektissa (2004–2007)* on pyritty auttamaan päihdeongelmaisia perheitä heidän kotonaan. Lapsen aseman korostaminen näkyikin heihin liittyvien projektien lisääntymisenä:

*”Perhetyön ohella myös lapsen asiakkuutta korostetaan samanaikaisesti yhä enemmän. Monessa projektissa 2000-luvulla on kerätty tietoa lapsen näkökulmasta perheen ongelmatilanteisiin, oli kyseessä sitten päihteet (A-klinikkasäätiön Lasinen lapsuus -projekti), väkivalta (Lapsen aika) tai muu ongelmakohta. Lapset ovat tämän myötä tulleet osaksi tiedontuottamista.” (Holmila & Bardy & Kouvonen, 2008)*

Myös kunnalliset toimijat ovat mukana projekteissa, mutta silloin on usein nähtävissä jonkinlainen valta-asetelma. Toisaalta arvioidaan projektien tuottajaa eli mahdollisesti kolmannen sektorin toimijaa ja toisaalta kuntia palveluiden järjestäjinä. Lisäksi, jos rahoittajana toimii esimerkiksi RAY, niin projektin toteuttaja on vastuussa myös sille. Projektit *”paitsi lisäävät mahdollisuuksia myös monimutkaistavat työnkuvaa ja vastuusuhteiden verkkoa”*. Vaikka kolmannesta sektorista toivotaan julkisen sektorin vajeen täyttäjää, aineistossa tulee selvästi esiin se, että julkinen sektori määrittelee sitä, mitä kolmas sektori tekee. Toiminnan sisältöön vaikuttamisen lisäksi vaaditaan muun muassa *”tiukkoja tulostavoitteita”* ja arviointikriteerien nähdään olevan suppeita kolmannen sektorin näkökulmasta. Tällöin eri toimijat eivät ole käytännössä tasaveroisia, eikä aito kumppanuus julkisten ja kolmannen sektorin toimijoiden välillä toteudu. Palveluiden suunnittelussa ei kuunnella tarpeeksi kolmannen sektorin toimijoita. Aineiston mukaan innovatiivinen uudenlaisen toiminnan kehittäminen on kunnan varoilla vaikeaa, johon kunnissa syinä nähtiin *”ajan- ja resurssien puute, jonka myötä uusille avauksille ei ollut tilaa.”* Uusia ja luovia ratkaisuja päihdehoitoon etsitäänkin ennemmin projektien avulla, mutta myös niissä hierarkkinen toiminta voi luoda rajoitusta ja valvontaa:

*”Järjestöille asetettiin odotuksia etenkin erilaisten sosiaalisten innovaatioiden tuottajina. Kati Rantala ja Pekka Sulkunen kuvaavat kehitystä siirtymänä projektiyhteiskuntaan, joka perustui lupaukselle yhteiskunnallisten toimijoiden uudenlaisesta autonomiasta ja heidän luovuutensa ja ’toimijuutensa’ vahvistamisesta. Kansalaisjärjestöjen osalta projektiyhteiskunnassa oli tarkoitus siirtyä julkisen vallan ja järjestöjen välille solmittuun kumppanuuteen... on päädytty uudenlaiseen kontrolliin ja kasvaviin pettymyksen ja turhautumisen tunteisiin: uutta luovien projektien maailma onkin merkinnyt myös mittaamista, kontrollia ja valtakeskittymiä liittyen rahoituslähteisiin ja niiden toimintaan.” (Perälä, 2010)*

Kunnan virkamiehen ja kolmannen sektorin toiminnassa voi hiertää myös järjestön aatteellinen tausta. Toisaalta *”1990-luvun lama avasi kirkolle ja muillekin kristillisille toimijoille ’markkinaraon’ heikompiensaisten puolustajana”*. Joka tapauksessa onnistuneeseen yhteistyöhön vaaditaan molempien, sekä tilaajan että tuottajan, halua ja tahtoa. Lisäksi tarpeeseen tuleva *”palvelukokonaisuus ja erityisosaaminen”* edesauttavat yhteistyön toimivuutta. Pitkä yhteinen historia ja tiivis yhteistyö näkyvät selkeänä työnjakona esimerkiksi Kymenlaaksossa A-

klินิกasäätiön ja kunnan välillä. Yhteistyön nähdään pienessä kunnassa olevan helpompaa kuin suuressa, jossa toimijat eivät tunne toisiaan yhtä hyvin. Turvatakseen rahoituksen järjestöt pyrkivät olemaan mahdollisimman *”ammattimaisia”*.

Kolmannen sektorin toimijoista itseapuryhmät kuten AA poikkeavat paljon muusta *”professionaalisesta hoidosta”*, kun niitä katsotaan *”sosiaalipoliittiselta näkökannalta”*. Mainitaan, että yhdistysten ei ole tarkoitus tuottaa voittoa tai että niillä ei ole siihen edes oikeutta. Taloudellisesti tiukkoina aikoina aineistossa korostuu vertaisryhmätoiminnan tehokkuus ja taloudellisuus. Vertaisryhmien solumainen rakenne nähdään tehokkaana myös modernissa yhteiskunnassa. AA:n omavaraisuus tulee esiin useammin 1990- ja 2000-luvuilla kuin aiemmin, kun taloudellisesti heikkoa tilannetta korostetaan. AA ei ota avustuksia tai kerää jäsenmaksuja, vaan rahoitus tapahtuu tapaamisissa kerättävällä kolehdilla. Samalla korostetaan sitä, että nämä palvelut ovat avoimia kaikille. Kun kunnallisia ja A-klinikoiden palveluita kritisoidaan päihdeongelmaisten valitsemisesta, niin vertaisryhmät näyttäytyvät solidaarisemmilta, koska niihin ovat kaikki tervetulleita:

*”Kaikki ryhmät [AA] ovat täysin itsenäisiä ja taloudellisesti omavaraisia, mutta samalla ne ovat avoinna kaikille, jotka haluavat lopettaa juomisen.” (Mäkelä, 1991)*

Kolmannen sektorin toimijat hajautuvat markkinaraossa ja sama järjestö voi toimia myös eri rooleissa. Omavaraiset vertaisryhmät korostavat profiiliaan omaehtoisina, mutta voivat osallistua myös kumppanina projektiin. AA-ideologiaan perustuvat hoitolaitokset ovat osaltaan myös markkinaehtoisia toimijoita, koska kunnat ostavat niiltä palveluita. Useat kunnille päihdepalveluita tuottavat järjestöt ovat taloudellisesti vaikeina aikoina pystyneet turvaamaan ja kehittämään toimintaansa projekteissa, joita rahoitetaan RAY:n avustuksilla.

## 6 TUTKIMUSTULOSTEN YHTEENVETO

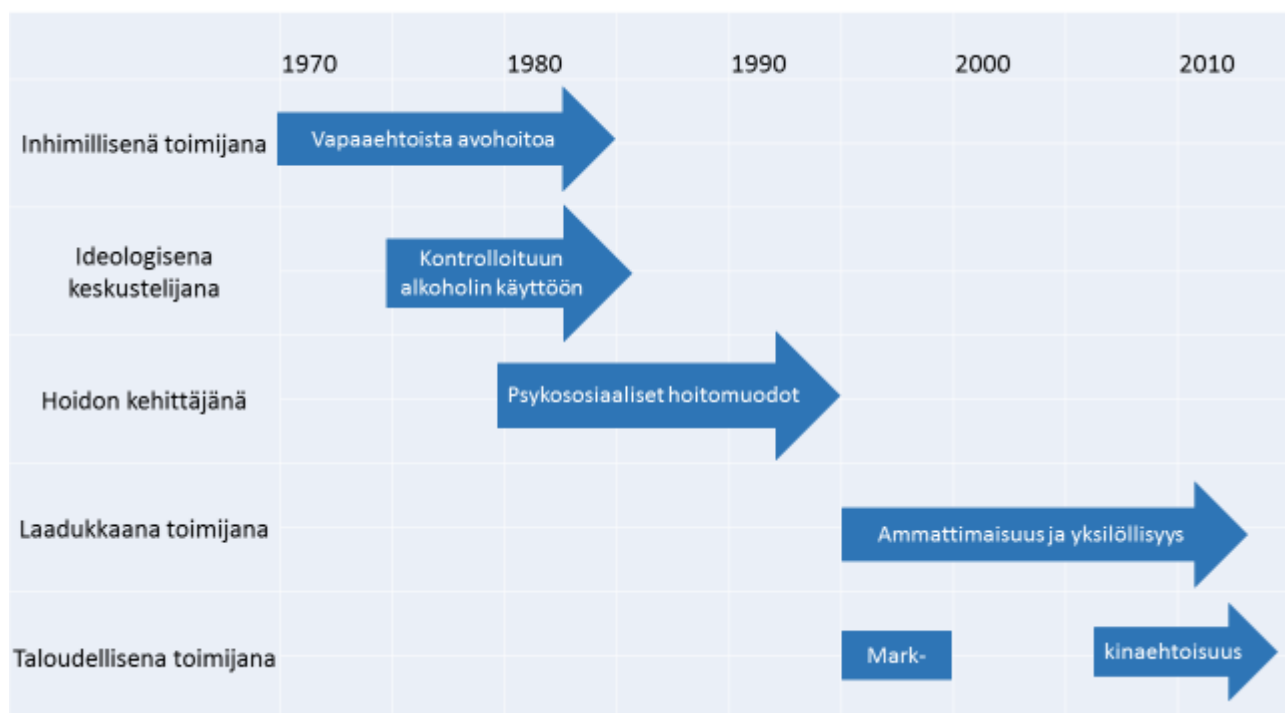
Kolmannen sektorin roolit eivät ole muuttuneet tyhjiössä. Niihin ovat vaikuttaneet yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset, kuten hyvinvointivaltion kehitys ja muutokset yhteiskunnan taloudellisessa tilanteessa. Vaikka kolmannen sektorin toimijoita ei voi rinnastaa julkisiin palveluihin, monen kolmannen sektorin toiminnan rahoittajana toimivat usein kunnat tai valtio. Kunnat ostavat palveluita kolmannelta sektorilta ja raha-automaattiyhdistys myöntää avustuksia erilaisille projekteille.

Kolmannen sektorin toimintaan linkittyvät myös muutokset päihteiden käytössä. Päihteiden käyttö on lisääntynyt huomattavasti 1970-luvulta. Siihen ovat vaikuttaneet nuorten ja naisten päihteiden käytön lisääntyminen ja huumeiden käytön kasvu ja vakiintuminen. Myös päihdeyhdistysten määrä on kasvussa (Peltosalmi & Särkelä 2011, 150). Huumeiden käyttö lisääntyi pysyvästi 1990-luvulla ja kolmas sektori oli vahvana toimijana lisäämässä huumehoitoa. Valtio on rahoittanut tätä toimintaa myöntämällä erillisrahoitusta juuri huumeiden käyttäjien hoitoon. Käyn tässä luvussa läpi tuloksiani ajallisesti peilaten niitä aikaisempiin tutkimuksiin ja yhteiskunnallisiin muutoksiin. Toisessa alaluvussa tarkastelen yhteenvetona tuloksia vertaillen kahta merkittävintä toimijaa, A-klinikkaa ja AA-ideologiaan pohjautuvaa toimintaa ja pohdin, millainen toiminta aineistosta puuttuu.

## 6.1 Kolmannen sektorin roolit muuttuvassa yhteiskunnassa

Kolmannen sektorin toimijoilla on erilaisia rooleja ja niiden painotus vaihtelee tutkimusajanjakson aikana. Kolmannen sektorin piiristä löytyy toimijoita, joista puhutaan hyvin eri sävyyn. Yleistystä kolmannesta sektorista on siis hankala tehdä. Vaikka rooleja on vaikea sijoittaa ajallisesti juuri oikeaan paikkaan, niin kuviossa 5 havainnollistan sitä, miten kolmannen sektorin painotukset korostuvat tutkielmani aineistossa.

Kuvio 5. Aineistossa painottuvat roolit eri ajanjaksoina





Inhimillisyys sijoittuu ajanjakson alkupäähän samoin kuin ideologinen keskustelu, jolla tässä tarkoitetaan tihentynyttä keskustelua päihdehoidon tavoitteista. 1980-luvulta lähtien kolmas sektori on kehittämässä erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja, vaikka kukin toimija omasta lähtökohdastaan. 1990-luvulla taloudellinen tilanne näkyy kolmannen sektorin toimijoiden rooleissa, kun pyritään parantamaan palveluiden laatua, jotta palveluissa pystyttäisiin säästämään. Kilpailuttaminen tulee osaksi tuottajajärjestöjen arkipäivää, kun toisaalta taas vertaistoiminnassa painotetaan kolmannen sektorin toimijan itsenäisyyttä ja omavaraisuutta. 2000-luvun alussa tässä keskustelussa on katkos, kunnes se taas lisääntyy vuoden 2008 jälkeen. Tämän tutkielman pääpaino on esitellä kolmannen sektorin erilaisia ja vaihtuvia rooleja päihdepalveluissa. Tarkastelen tässä alaluvussa kolmatta sektoria arvopohjaisena toimijana ja laadukkaana kehittäjänä sekä sen yhteistyön muotoja suhteessa kirjallisuuteen.

### *Arvopohjaisena toimijana kiristyvässä taloustilanteessa*

Tulosluvun 5 kaksi ensimmäistä ulottuvuutta inhimillisyys ja ideologinen keskustelu kolmannen sektorin roolina liittyvät järjestöjen arvoihin. Kolmas sektori näyttäytyy keskeisenä toimijana, kun päihdepalveluita inhimillistetään ja keskustellaan hoidon tavoitteista. Arvokeskustelu häipyi takalalle, kun kolmas sektori on mukana laajentamassa päihdepalveluita ja ammatillisuus painottuu. Laajenevan ja koulutautuvan palvelujärjestelmän nähdäänkin vaikuttavan irtautumiseen järjestöjen arvopohjasta (Satka 1995, 159–174). Tämä näkyy myös tämän tutkielman aineistossa. Palveluiden inhimillistämisestä ja hoidon tavoitteista ei enää 2000-luvulla keskustella samalla tavoin kuin 1970-luvulla. Epäinhimillisyyden esiintyminen näkyy etenkin kolmannen sektorin kunnille tuottamien päihdepalvelujen toiminnassa.

Järjestöjen siirtyminen kohti palvelutuotantoa on siis vähentänyt keskustelua arvoista. Kun kunnat ovat vähentäneet omaa osuuttaan palvelujen tuotannosta, on myös osaaminen kunnissa vähentynyt. Järjestöjenkin on silloin vaikea keskustella arvoista ja kehittämisestä kuntien kanssa, kun eniten on kiinnostuttu rahasta ja suoritteista. (Kaukonen 2002, 150–162.) Kunnan näkökulmasta parhaiten sote-järjestöjen kanssa sujuvat ostopalvelut, hankeyhteistyö, avustaminen tiloissa ja palvelujen kehittämisen huomioiminen. Heikoimmin toimivat strateginen kumppanuus, näkemysten huomioiminen kunnan päätöksenteossa ja kuuleminen kunnan päätöksenteossa. (Peltosalmi ym. 2009, 141–150) Vaikka yhteistyö kuntien ja kolmannen sektorin välillä on siis laajaa, järjestöjen ääni kuuluu heikosti. Arvoihin ja ideologiaan perustuvaa kolmannen sektorin toimintaa

kuvataan enää vähän aineistossa 1980-luvun jälkeen, joten vaikuttamistoiminta ei näyttäydä alun jälkeen keskeisenä kolmannen sektorin roolina aineistossa. Toisaalta ne kolmannen sektorin toimijat, jotka eivät tee juurikaan yhteistyötä kunnan kanssa, näyttäytyvät ideologialtaan edelleen vahvoina toimijoina. Toisaalta niitä pidetään jokseenkin jäykkänä ja vanhanaikaisina toimijoina, jotka eivät pyri vaikuttamaan päihdepalvelujen yleiseen kehitykseen.

1990-luvun laman ja EU-lainsäädännön, kuten hankintalain ja kilpailuttamisen, vaikutukset näkyvät hyvinvointipalveluiden ideologisena muutoksena. Kun palvelujen tarve on kasvanut ja rahat vähentyneet, palvelujen universaalius on heikentynyt ja eriarvoisuus lisääntynyt. Niin julkisissa kuin järjestöjen tuottamissa palveluissa valitaan ”helpoimpia tapauksia”. (Murto 2011, 170–172.) Aineistossa kolmannen sektorin epäinhimilliset piirteet liittyivätkin juuri tähän asiakkaiden valikointiin. Kunnat ovat laittaneet tuottajajärjestöt ahtaalle 1990-luvulta lähtien, minkä vuoksi useat kolmannen sektorin toimijat näyttäytyvät aineistossa markkinaehtoisina ja myös epäinhimillisinä. Järjestöt pyrkivät toimimaan tehokkaasti valikoiden asiakkaita, jotka sopivat palvelutuotteisiin, ja auttamaan mieluiten vielä helpoimpia päihdeongelmaisia. Murron (2006, 136) mukaan järjestöjen olisi pystyttävä sanoutumaan irti tästä roolista, joka on vain vahvistunut markkinoistumisen voimistumisen myötä.

Järjestöt ovat kehittäneet marginaalisia sosiaalipalveluita siten, että niitä voi olla vaikeaa ja vastuutontakin laittaa kilpailuttamisen edellyttämiin tuotteisiin (Murto 2011, 170–172). Hoitojatkumot on voitu suunnitella marginaalisissa sosiaalipalveluissa, kuten juuri päihdepalveluissa sellaisiksi, etteivät ne vastaa kuntien kilpailuttamia tuotteita. Tästä voi olla merkittäviä ongelmia myös päihdeongelmaisille, jos järjestön palvelutuotantoa joudutaan muuttamaan vastaamaan kilpailutuksiin, eikä päihdeongelmaisten tarpeisiin. Kolmas sektori on markkinoilla kuitenkin erilainen toimija kuin yksityiset yritykset. Järjestötkin pyrkivät tuottamaan palveluita vaikuttavasti ja tehokkaasti, mutta sen lisäksi ne painottavat sitä, mikä on hyvää ja oikein. Toisin kuin yritykset, ne eivät tavoittele voittoa, vaan pyrkivät edesauttamaan jonkin marginaalisen ryhmän hyvinvointia. (Murto 2011, 175.) Vaikka kolmannella sektorilla on arvopohjaa vielä olemassa, se ei näy tämän tutkielman aineistossa kovinkaan vahvasti. Arvot näyttävät ennemmin jääneen taka-alalle.

### *Säästöt tavoitteena vaikuttavan laadukkaan hoidon kehittämisessä*

1980-luvulta lähtien kolmannen sektorin toimijat kehittävät yhä enemmän päihdepalvelujen toiminnan sisältöä. Palvelut laajenevat ja ammatillistuvat ja se näkyy myös kolmannen sektorin

rooleissa. Kehittämiseen liittyy myös laajaa tutkimustyötä, mikä näyttäytyy sekä uusien työtapojen luomisena että vaikuttavuustutkimuksena. Päihdehoidon vaikuttavuus liittyy palvelun laatuun, jota pyritään parantamaan kiristyvässä taloustilanteessa 1990-luvulta lähtien (Koskiahho ym. 1999, 256–268). Psykososiaalisen ja laadukkaan hoidon kehittäminen näkyvät aineistossa merkittävänä kolmannen sektorin rooleina.

Kun päihdeongelma nähdään monitahoisena ongelmana, on tarpeen myös kehittää erilaisia hoitomuotoja erilaisille päihdeongelmaisille. Psykososiaalinen hoito on pääasiallinen kolmannen sektorin hoitomuoto, mitä kehitetään eri suuntiin. Kaukonen (2002, 144–145) on nimennyt tämän ajanjakson ”Asiakastyön menetelmien sisällölliseksi kehittämiseksi” ja se sijoittuu hänen taulukossaan vuosien 1975–1984 välille. Tämän tutkielman aineistossa erilaisten psykososiaalisten hoitomuotojen kehittäminen ja laajentuminen näkyy pääsääntöisesti 1980-luvulla ja myöhemminkin. Vertaisryhmätoiminta laajenee laitoshoidon ja avohoidossa kehitetään hyvin erilaisia hoitomenetelmiä, jotka perustuvat terapeutukseen osaamiseen. Kolmannen sektorin toimijat kehittävät työtään kukin omista lähtökohdistaan.

Olen tarkastellut laatua lähinnä ammatillisuuden ja hoidon yksilöllisyyden korostamisena. Kolmannen sektorin kasvanut rooli päihdepalveluiden tuottajana on vaikuttanut siihen, että se päättää yhä useammin työn sisällöistä. Päihdepalvelut kuuluvat universaaleihin palveluihin, mutta ammattilaiset tekevät päätökset tarpeesta. Tässä tapauksessa nämä ammattilaiset työskentelevät yhä useammin kolmannella sektorilla. (Kaukonen 2002, 151–154.) Vahva ammattilaisuus näyttäytyy kolmannelle sektorille luonteenomaisena toimintana. Kolmannen sektorin päihdepalveluissa työskentelee eri aloille kouluttautuneita ihmisiä, jotka on opetettu ymmärtämään päihdeongelman erityisyyttä. He myös kouluttavat muita alalla työskenteleviä ja toimivat asiantuntijoina.

Laatuun sisältyvä päihdehoidon yksilöllisyys nähdään pääsääntöisesti positiivisena asiana, kun erilaisiin tarpeisiin on voitu vastata eri tavoin. Yksilöllisyys kasvattaa kuitenkin päihdeongelmaisen roolia, kun hänen täytyy valita tavoitteet ja hoitomuodot. Yksilöä aktivoidaan toimimaan omaksi parhaakseen. (Palola 2000, 305.) Asiakkaita osallistetaan päätöksen tekoon, kun ammattilaiset esittelevät, suosittelevat ja toimivat asiakkaiden konsulttina (Koskiahho ym. 1999, 279). Tässä mietityttää se, kuinka päihdeongelmainen tähän pystyy ja toteutuuko tämä todellisuudessa. Yksilöllisyyden korostamisen kääntöpuolena voi nähdä ”kynnärpääyhteiskunnan” (Eräsaari 1995, 170). Monimuotoisen päihdeongelman hoitomuotojen tavoitteena on ollut erilaisten ja yksilöllisten

hoitomuotojen kehittäminen. Yksilöllistäminen ja osallistaminen ovat voineet vaikuttaa siihen, että voimakkaimmat asiakkaat ovat saaneet parempia ja monipuolisempia palveluita. Lisäksi se on voinut vaikuttaa siihen, että asiakkaat valikoituvat hoitopaikassa tarjottavien hoitomuotojen mukaan, jolloin heikoimmassa asemassa olevat jäävät ilman palveluita. Heillä ei välttämättä ole resursseja vaatia tai kykyä valita itselle sopivia palveluita.

#### *Yhteistyö kuntien kanssa: vastuunsiirtoa kolmannelle sektorille ja kansalaisille*

Järjestöjen päihdepalveluiden tehtävissä näkyy yhteiskunnassa vallitseva markkinoistumisen eetos. Koskiahon (2008a, 21) jakaa rahoitusvastuun siirtymisen kansalaisille kolmeen vaiheeseen. Ensimmäiseen vaiheeseen kuuluu vastuun siirtäminen valtiolta paikalliselle tasolle eli kunnille. Toiseen vaiheeseen liittyy vastuun siirtämistä sekä yksityiselle että kolmannelle sektorille. Kolmannessa vaiheessa syntyy kansalaisyhteiskunta, joka kantaa yhä suuremman osuuden vastuusta muun muassa erilaisilla yhteistyöhankkeilla. Yritykset eivät ainakaan vielä ole ryynnistäneet tuottamaan päihdepalveluita, vaan järjestöt ovat edelleen merkittävässä roolissa (Peltosalmi & Särkelä 2011, 110–111). Aineistossa kolmannen sektorin rooleina yhteistyössä kunnan kanssa ovat markkinaehtoinen toimija palvelujen tuottamisessa ja kumppani erilaisissa projekteissa.

Möttönen (2009, 62–66) jakaa julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyömahdollisuudet hierarkioihin, markkinoihin ja verkosto-ohjaukseen. Hän ei näe kolmatta sektoria riippuvaisena kunnasta, koska järjestöt kuitenkin itse määrittelevät osallistumisensa yhteistyöhön. Toisaalta aloittaessaan yhteistyön kolmas sektori hyväksyy yhteiset pelisäännöt ja luopuu täydestä päätösvallostaan. Kolmas sektori voi kuitenkin sopia yhdessä julkisen sektorin kanssa säännöistä esimerkiksi projekteissa, jolloin voi puhua sopijaosapuolista. Järjestö kuitenkin saa näissä vastineen vallasta luopumiselleen, kuten rahoitusta toiminnalleen. Kaikki kolmannen sektorin toimijat eivät lähde yhteistyöhön mukaan, koska pitävät omaa päätösvaltaa tärkeämpänä.

Järjestöillä on palveluiden tuottamisessa useita ongelmakohtia ja nämä ovat lisääntyneet viime vuosina. Suurimmat ongelmakohdat ovat palveluiden keskittyminen isoille toimijoille, katkoksien lisääntyminen hoitosuhteissa ja vaikutus jatkuvuuteen sekä hankintamenettelyn kustannusten nousussa. (Peltosalmi & Särkelä 2011, 134.) Markkinoistuminen on vaikuttanut siis etenkin pienimpiin järjestöihin, joilla ei ole resursseja monipuolisiin taloudellisiin vaatimuksiin. Kehityksellä on vaikutusta myös hoitosuhteisiin, mitä voi pitää merkittävänä ongelmana päihdeongelman kannalta. Samalla, kun tuottajajärjestöt painivat heikossa taloudellisessa tilanteessa, korostetaan

AA:n itsenäisyyttä ja hoidon selkeää jatkuvuutta 12 askeleen ohjelman laitoshoidosta samoja periaatteita toteuttaviin vertaisryhmiin.

Kunta ja kolmannen sektorin toimijat voivat tehdä myös muita kuin kilpailuttamiseen liittyviä palvelusopimuksia. Näitä ovat kumppanuussopimukset, suorahankinta ja neuvottelumenettely (Peltosalmi & Särkelä 2011, 145). Järjestöbarometrin (Peltosalmi ym. 2009, 125–126) mukaan neljäsosalla (26 %) päihdeyhdistyksistä on ollut yhteistyötä kunnan kanssa projekteissa ja pääosasta (87 %) näistä syntyy pysyvää toimintaa. Järjestöjen ja kunnan kehittämisprojekteja rahoitetaan useimmiten itse (43 %), jolloin rahoittaja on usein TE-keskus tai RAY. Lähes yhtä usein rahoitus taataan kunnan kanssa yhdessä (37 %). Varmemmin pysyvää toimintaa muodostuu, jos kunta osallistuu rahoitukseen. (Peltosalmi ym. 2009, 126.) Näyttäisi siis siltä, että rahoittaminen edesauttaa kuntaa sitoutumaan toimintaan. Vaikka neljäsosa tekee kunnan kanssa yhteistyötä projekteissa, on silti paljon päihdeyhdistyksiä, joilla yhteistyötä projektien muodossa ei ole. Kumppanuus projekteissa on kolmannen sektorin merkittävä rooli, minkä lisääntyminen näkyy myös tutkielman aineistossa 1990-luvulta lähtien. Projekteissa voi olla mukana kolmannen sektorin toimijoista hyvin erilaisia ja erikokoisia järjestöjä ja yhdistyksiä.

Möttönen puhuu verkosto-ohjauksesta tarkoittaen suunnilleen samaa kuin tässä tutkielmassa esiintyvällä kumppanuudella. Siinä kunta arvostaa kolmannen sektorin vapaaehtoistoimintaa, vertaistuen tuottamista ja asiantuntijuutta. Tällöin kunta voi tukea ja vahvistaa järjestöjen asemaa, mitä edistää yhteinen voitto tavoittelematon arvopohja. (Möttönen 2009, 65.) Tällaista kumppanuutta voivat ilmentää kuntien antamat toiminta-avustukset yhdistyksille. Yli puolet päihdeyhdistyksistä saa avustuksia, joiden määrä on kasvanut useammalla kuin laskenut vuodesta 2007. Lisäksi päihdeyhdistyksistä kolmasosa toimii kunnan tiloissa. (Peltosalmi ym. 2009, 130–132.) Avustusten ja tilojen luovuttaminen kertoo siitä, että kunnissa arvostetaan kolmannen sektorin tekemää päihdetyötä. Tämän tyyppinen yhteistyö tulee kuitenkin vain vähän esiin tämän tutkielman aineistossa. Enemmän kumppanuudesta kertoo kolmannen sektorin rooli asiantuntijana, henkilöstön kouluttajana ja erilaisiin projekteihin osallistujana.

Kilpailuttamisen vaihtoehtona kunnat voivat muodostaa kolmannen sektorin toimijoiden kanssa pitkäaikaisen kumppanuussopimuksen. Kumppanuussuhteen muodostamisen ja kunnan sitoutumisen pitkäjänteiseen työhön järjestöjen kanssa voi nähdä myös vastapuheena markkinoistumisen eetokselle. (Murto 2011, 177–180) Tämänkaltaisia sopimuksia ei mainita

tutkielman aineistossa. Kumppanuus esiintyy vain projekteina, joita ei voi pitää sitoutumisena pitkäjänteiseen ja arvostavaan yhteistyösuhteeseen.

## 6.2 Kolmannen sektorin kahdet kasvot

Taulukkoon 3 on jaoteltu kahden erilaisen kolmannen sektorin toimijan sijoittuminen luvun viisi ulottuvuuksiin. Toiminta on jaoteltu kahden eniten mainintoja saaneen kolmannen sektorin toimijan mukaan eli A-klinikan ja AA-ideologiaan perustuvaan päihdehoitoon. Nämä on otsikoitu tuottajajärjestöyksi ja vertaisryhmäyksi. Taulukko kuvastaa sitä, kuinka kolmannen sektorin toimijat eivät ole mikään yksi yhtenäinen joukko, mutta yhtäläisyyksiäkin löytyy. Eri toimijoiden lähtökohdat ja toiminta poikkeavat paljon toisistaan ja niitä on vaikea niputtaa yhteen. Tämä näkyy selvästi aineistossani ja tuloksissa. Havainnollistan tätä kahtia jakautuneisuutta kuvaamalla aineistossani yleisimmin ilmenneitä kolmannen sektorin toimijoita eli A-klinikkaa ja AA:ta viidestä eri ulottuvuudesta. Lisäksi on paljon pieniä toimijoita, joiden roolit vaihtelevat. Käsittelen alaluvun lopussa erikseen sukupuolen merkitystä aineistossa ja päihdepalveluissa esimerkkinä pienemmistä toimijoista.

*Taulukko 3. Kahden erilaisen kolmannen sektorin toimijan roolit päihdepalveluissa*

ULOTTUVUUDET	TUOTTAJAJÄRJESTÖ	VERTAISRYHMÄ
Inhimillisyys	<ul style="list-style-type: none"> <li>vapaaehtoista avohoitoa</li> <li>tarjoaa suojaa, ravintoa ja puhtautta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vapaaehtoista avohoitoa</li> <li>ihmiset kohdataan tasaveroisina</li> </ul>
Ideologisuus	<ul style="list-style-type: none"> <li>tavoitteena myös hallittu alkoholin käyttö</li> <li>päihdeongelma monitahoinen ongelma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>tavoitteena täysraittius</li> <li>alkoholisteilla yhtenäinen elämäntapa</li> </ul>
Psykososiaalisen hoidon kehittäminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>erilaisten terapeuttien hoitomuotojen kehittäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vertaisryhmätoiminnan laajentuminen laitoshoidon Minnesota-malliin</li> </ul>
Laadukkuus: ammatillisuus & yksilöllisyys	<ul style="list-style-type: none"> <li>ammattisuus ja koulutukseen perustuva hoito</li> <li>pyritään huomioimaan päihdeongelmaisen yksilölliset tarpeet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>maallisuus ja vertaistapaamisiin perustuva hoito</li> <li>laitoshoidon henkilökunnassa hyödynnetään raitistuneita päihdeongelmaisia</li> </ul>
Markkinoilla	<ul style="list-style-type: none"> <li>kilpailee kunnallisten palveluiden tuottamisesta</li> <li>yhteistyötä projekteissa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>itsenäinen, omavarainen ja sitoutumaton toimija</li> <li>mukana projekteissa</li> <li>tuottaa laitoshoitopalveluita</li> </ul>

Inhimillisyyden ulottuvuuden suhteen kolmannen sektorin toimijat näyttäytyvät samansuuntaisina. Ne tarjoavat helposti lähestyttäviä **avopalveluita**, jotka pohjautuvat **vapaaehtoisuuteen** ja

matalaan kynnykseen. A-klinikoiden arvomaailma työssä on humaani usein inhimillisyyteen perustuva huolenpito ja hoito. Tämä näkyy etenkin heikoimmassa asemassa olevien kohdalla, kun A-klinikoilla yritetään auttaa muun muassa korvikealkoholisteja ja asunnottomia alkoholisteja. **Hoitoa** halutaan tarjota **kaikille**. Tavoitteena nähdään myös kärsimysten lievittäminen ja juomiskausien lyhentäminen, eikä ainoastaan raitistuminen. AA:ssa hoito tapahtuu vapaaehtoisissa vertaisryhmissä. Keskeisenä toimintamuotona on tuen antaminen alkoholiongelmaisen ymmärtävinä ystävinä. Tämä inhimillisyyttä korostava keskustelu on vahvimmillaan aineistossa 1970-luvulla.

A-klinikoiden sairauskäsityksessä nähdään myös hoidon humaani puoli, kun alkoholiongelmaan suhtaudutaan vähemmän moralisoivasti ja ymmärretään ympäristön ja historian merkitys. Päihdeongelma nähdään **monitahoisena ongelmana**, mikä on jokaisella omanlaisensa. AA:ssa toiminnan ratkaisut lähtevät alkoholistien **yhteisestä problematiikasta**; ei yksilöllisestä. AA jakaa ihmiskunnan mustavalkoisesti ”alkoholisteiksi” ja ”normaaleiksi”. AA:ta pidetään tehokkaana hoitomuotona, joka tarjoaa yksinkertaisen ja selkeän ratkaisun. Aineiston mukaan AA:ssa ei ole pohdittu heikkouksia, joita sen alkoholikäsitksessä on ja AA:sta voi nähdä olevan hyötyä vain kroonistuneille alkoholisteille. Tällöin laaja joukko päihdeongelmaisia, joilla on vielä jotain turvaverkkoa jäljellä, jää tavoittamatta. Hoidon ideologiseen keskusteluun liittyy sairauskäsityksen lisäksi päihdehoidon tavoitekeskustelu. A-klinikka toi raittiusliikkeen ja AA:n tavoitteleman **täysraittiuden** rinnalle myös toisen vaihtoehdon: **hallitun alkoholin käytön**. Tavoitteena on tämän näkeminen vaihtoehtona, ei vastakkaisena. A-klinikat ovat korostaneet ihmisten valinnanvapautta hoitotavoitteiden asettamisessa. Eri hoitomuotoja tarvitaan, koska eri ihmisille soveltuu erilainen hoito. Tämä keskustelu oli kiivaimmillaan 1980-luvun taitteessa, jonka jälkeen se tulee enää harvemmin esiin vastakkainasettelun kautta. Ideologisen ulottuvuuden osalta kolmannen sektorin toimijat ovat siis enemmän hajallaan kuin inhimillisyyden näkökulmasta.

Molemmat kolmannen sektorin toimijat ovat kehittäneet psykososiaalisia hoitomuotoja ja se näkyy vahvana 1980-luvun puolivälistä lähtien. Monipuolinen kehittäminen näkyy vertailuna toisiin hoitomuotoihin A-klinikan sisällä ja usein myös AA:han, jota pidetään tällöin liian homogeenisena ja yksioikoisena hoitomuotona. **Psykososiaalinen hoito** on niin laaja kokonaisuus, että kaikki kolmannen sektorin toimijat tarjoavat sitä, vaikka jokainen omalla tyylillään. A-klinikoilla on kehitetty erilaisia terapiamuotoja ja AA-ideologiaan perustuvissa hoitomuodoissa on laajennuttu laitoshoidon, mikä on taannut avohoidon lisäksi intensiivisempää hoitoa. Samaan ideologiaan

perustuvat laitos- ja avohoito ovat myös pystyneet hyödyntämään toisiaan ja taanneet pitkäkestoisen tuen päihdeongelmaiselle. 1990-luvulta lähtien molemmat ovat laajentaneet myös huumehoitoon, kun esimerkiksi NA-ryhmistä on aineistossa mainintoja. 2000-luvulla A-klinikkasäätiö tarjoaa myös **lääkehoitoa** psykososiaalisen hoidon lisänä.

Suurimassa osassa aineistoa vertaistukeen perustuva hoito ja ammatillinen terapiaan perustuva avohoito nähdään vastakkaisina. Toisenlaisiakin viitteitä löytyy, kun AA-ryhmien kerrotaan olevan *”varsin monimuotoisia”*. Toisaalta niitä voidaan pitää myös *”ennemmin luonnollisena yhteisöllisenä resurssina ja elämäntapana kuin hoitona”*. Tällöin hoitomuodot eivät niinkään asetu vastakkain. Vertailu ja kilpailu näyttäytyvät aineistossa enemmän ammattilaisten kuin päihdeongelmaisten välisenä. A-klinikan yhteydessä korostetaan sitä, ettei päihdeongelmaisen hoidossa ole yhtä oikeaa hoitomuotoa, joka kävisi kaikille päihdeongelmaisille. Tämän vuoksi työntekijöillä täytyy olla monipuolista osaamista, mikä takaa laadukkaan hoidon. A-klinikan palveluiden yhteydessä korostetaan **professionalismia** sekä laajaa keinovalikoimaa ja kokonaisvaltaisuutta hoidossa, minkä tulisi lähteä potilaan yksilöllisestä ymmärryksestä. Hoitohenkilökunnalta odotetaan vivahteikasta, rikasta ja syvää kuvaa alkoholiongelmaisesta, mutta toisaalta myös eri hoitomallien ongelmien ymmärtämistä. Henkilökunnan tulee siis olla hyvin kehittämisorientoitunutta. Ammattilaisuutta on lisännyt pitkäjänteinen menetelmäkoulutus, konsultointi ja työnohjaukseen panostaminen. AA:n keskeinen toimintamuoto on **maallikkoauttamiseen** perustuvat vertaisryhmät. Niiden nähdään toisaalta tarjoavan monipuolisia oppimiskokemuksia, jotka menevät yli ammattiauttajien palveluarsenaalin.

Muitakin ominaisuuksia laadukkuudesta aineistossa esiintyy, mutta ammattitaito ja yksilöllisyys näyttävät kolmannen sektorin ominaisuuksina vahvimmin. Kolmannen sektorin toimijoista A-klinikkasäätiö kategorisoituu vahvimaksi hoidon **yksilöllisyyden** näkökulmasta. AA:n toiminta näyttäytyy taas vastakohtana, vaikka tästä ei ole niin paljon mainintoja. Muutenkin vapaaehtoisuuteen perustuva kolmannen sektorin toiminta loistaa poissaolollaan laadukkaana toimijana, vaikka paria poikkeusta lukuun ottamatta sitä ei myöskään mainita kehnona toimijana. Laadukkuuden ulottavuudessa on siis enemmän kyse virallisemmasta esimerkiksi ostopalveluna tuotetusta päihdehoidosta kuin vertaistoiminnasta. Ammattimaisuutta korostetaan myös laitoshoidon taustoissa. Kolmannen sektorin laitoshoidon laadukkuus riippuu henkilökunnan taustoista: perustuuko se ammattilaisuudelle vai henkilökohtaiselle suhteelle alkoholiin tai alkoholiongelmaiseen.



Kolmannen sektorin toiminnassa on lisääntynyt kunnallisten palveluiden tuottaminen. Tämä näyttäytyy etenkin A-klinikan toiminnassa. AA-ideologiaan perustuvat hoitolaitokset tuottavat myös laitoshoitopalveluita kunnille, mutta tuottajajärjestönä toimiminen ei näyttäydy aineistossa yhtä merkittävänä kuin A-klinikoilla. Molemmat ovat osallistuneet myös erilaisiin projekteihin yhteistyökumppaneina muiden toimijoiden kanssa. Pääsääntöisesti A-klinikat kuitenkin näyttäytyvät **markkinaehtoisina** toimijoina, jotka ovat riippuvaisia kuntien rahoituksesta. AA:n kohdalla taas painotetaan **sitoutumattomuutta** ja omavaraisuutta. Tätä keskustelua käydään etenkin 1990-luvulla ja tutkimusjakson lopulla.

### *Näkömätön kolmannen sektorin toiminta*

Kolmannen sektorin rooleissa tulee aineistossa harvoin esiin sukupuoli. Eniten puhutaan miesten päihdehoidosta, onhan päihdeongelma perinteisemmin miesten ongelma. Päihteiden käyttö on kuitenkin koko ajan tasaantunut miesten ja naisten välillä (Mäkelä 2010, 23). Kuusisto (2009, 38) väittää, ettei päihdehoidossa tunnisteta yhtä hyvin naisten päihdeongelmaa. Asenteet päihdeongelmaisia naisia kohtaan ovat tiukassa ja hoitopalveluilta vaaditaan lasten huomioimista. Aineistossa näkyvät kolmannen sektorin merkittävimmät toimijat eivät juuri ota huomioon naisten erityisyyttä päihdehoidossa, vaan tämä tulee esiin ainoastaan 2000-luvulla Kankaanpään A-kodissa tehdyssä tutkimuksessa ja joidenkin projektien yhteydessä. Näyttää siltä, että yleisimpiä hoitomuotoja toteutetaan miesten päihdeongelmien mukaan ja naiset on huomioitu lähinnä eriytetyissä pienemmissä juuri naisille suunnatuissa palveluissa. Tällaisia palveluita tuskin kuitenkaan on joka puolella saatavilla, joten perinteisissäkin kolmannen sektorin palveluissa olisi syytä kiinnittää naisiin huomiota.

Järjestöillä on rooli kehittäjänä ja uuden toiminnan käynnistäjänä. Suuri osa kolmannen sektorin toiminnasta on myös peruspalveluiden tuottamista. Osalla järjestöistä on tässä tuotannossa vaikeuksia, mistä viimeisimmässä *Järjestöbarometrissa* mainitaan päihdeäitien ensikotitoiminta. On vaarana, että vaikeuksien vuoksi toiminta loppuu kokonaan. (Eronen ym.2013, 156.) Aineistossa on joitakin mainintoja naisista perheisiin kohdistuvien projektien yhteydessä ja lähiomaisten näkökulmasta. Sukupuolinäkökulma näkyy harvoin päihdepoliittisessa tai päihdehaittoja lieventävässä sosiaalipoliittisessa tutkimuksessa (Nätkin 2006, 9). Tämän tutkielman tulokset tukevat tätä väitettä, koska pääsääntöisesti naiset huomioiva kolmannen sektorin päihdehoito on erittäin marginaalisessa asemassa aineistossa. Vaikka naisten päihteiden käyttö on huomattavasti

lisääntynyt 1970-luvulta, miehet ovat niin hallitseva ryhmä päihdehoidossa, että naisten erityisyydelle ei jää tilaa.

## 7 POHDINTAA

Kolmannen sektorin toimijat ovat inhimillistäneet päihdepalveluita ja luoneet erilaisia hoitopolkuja päihdeongelmaisille. Ideologinen keskustelu päihdehoidon tavoitteista on lisännyt erilaisia mahdollisuuksia päihdeongelmaisille ja helpottanut hoitoon tuloa, kun ainoa mahdollisuus ei ole pyrkiä vertaisryhmissä keskustelun avulla täysraittiuteen. Hoitomuotoja on pyritty kehittämään myös huomioiden päihdeongelmaisten yksilöllisyyttä ja erilaisia resursseja. Kolmannen sektorin toimijat näyttäytyvät merkittävinä, kun päihdepalveluita on monipuolistettu ja laajennettu. Lisäksi kolmannen sektorin toimijat ovat reagoineet muuttuviin olosuhteisiin, kun huumeiden käyttäjien määrä on lisääntynyt ja heille on tarvittu uusia palveluita. Taloudellinen tilanne yhteiskunnassa on myös vaikuttanut kolmannen sektorin toimintaan.

En ole tutkielmassani pyrkinyt arvottamaan eri kolmannen sektorin toimijoita. Aineistossa sitä kuitenkin tapahtuu, koska toimijat usein vertautuvat toisiinsa, mikä heijastuu myös tuloksissa. Ulkopuolisena minua ihmetytti niinkin voimakas vastakkainasettelu. A-klinikka näyttäytyy ammattimaisemmalta ja laadukkaammalta palvelulta. Toisaalta taloudellisesti tiukkoina aikoina AA profiloituu riippumattomana toimijana. Tämän olisin ajatellut olevan enemmänkin esillä, koska vertaistukeen perustuva hoitoon ei käytetä yhteiskunnan varoja. Erilaisia toimijoita kuitenkin tarvitaan ja on hyvä, jos yhteisön omia voimavarojakin voidaan käyttää hyväksi. Mitä vaikeampia ongelmat ovat, sitä varmemmin hoito on riittämätöntä. Palveluiden muokkaaminen monitahoisiin yksilöllisiin tarpeisiin tulee kalliiksi. (Koskiahho 2008b, 58.)

### 7.1 Arviointia tutkielman valinnoista

Arvioin lopuksi sitä, millaiset tekijät ovat vaikuttaneet tutkielman tuloksiin. Aineiston valinnalla on ollut merkittävä rooli erilaisten kolmannen sektorin toimijoiden yleisyydessä. Aineisto olisi myös antanut mahdollisuuden rajata näkökulman suppeammaksi, jolloin se olisi tuonut syvyyttä analyysiin. Myös pitkä aikajänne vaikuttaa tähän. Tutkimuskysymyksen asettelulla on myös osuutensa rajaukseen, kun olen tutkinut nimenomaan niitä kolmannen sektorin toimijoita, jotka ovat ensisijaisia päihdepalvelujen tarjoajia. Lisäksi metodin valinta on vaikuttanut siihen, millaisina tulokset näyttäytyvät. Saksin kategoriaparit nousevat tuloksista esiin selkeästi. Erilaiset

ulottuvuudet olisi voinut nimetä myös toisin ja koska aineisto oli laaja, sieltä olisi saanut esiin myös paljon muuta mielenkiintoista. Tiedon kokoaminen kolmannesta sektorista on hankalaa, koska toimijat ovat hyvin erilaisia. Lisäksi ”hyvinvoinnin sekatalousmallissa” järjestöt toimivat hyvin eri tavoin (Kuronen 2015, 125).

### *Aineiston valinta*

Pääpainon tuloksissa saavat suurimmat toimijat. A-klinikkasäätiössä tehdään myös tutkimustoimintaa, joten se on todennäköisesti vaikuttanut sen suureen rooliin aineistossa. A-klinikoilla käy kolmannen sektorin toimijoista myös todistetusti eniten asiakkaita (Peltosalmi & Särkelä 2011, 155). Tätä taustaa vasten A-klinikan osuus aineistossa ja tuloksissa on myös perusteltua. Lisäksi AA esiintyy merkittävänä toimijana, vaikka sen sisällä ei tutkimustoimintaa olekaan yhtä merkittävästi. Kolmannen sektorin toimijoiden merkitys tutkimuksen tekijöinä voi näkyä siinä, missä valossa eri kolmannen sektorin toimijat tulevat esiin. AA näyttäytyy yksinkertaisena ja suppeana hoitovaihtoehtona, vaikka se on ja voi edelleen hyvin ja on ollut monen päihdeongelmaisen pelastus. Läheskään kaikki eivät tarvitse monimutkaisia ja hienoja hoitomuotoja toipuakseen. Toisaalta A-klinikoista taas mainitaan vähän kriittistä. Tämä voisi olla toisin, jos kysyisi AA:n toimintaan vihkiytyneiltä toimijoilta.

Aineistossa minua askarrutti myös sen antaman kuvan laajuus kolmannen sektorin toimijoista: tulevatko erilaiset toimijat tarpeeksi esiin? Päihdehoitoa annetaan hyvin monen erilaisen kolmannen sektorin toimijan toimesta. Esimerkiksi kristilliset järjestöt jäävät vähäiselle huomiolle, vaikka ovat merkittävä päihdehoidon toimija. Toisaalta aineistossa tulee esiin niiden markkinaehtoisuus, kun tuottavat palveluita kunnille. Toisaalta niillä on työssään ideologinen tausta ja mukana hengellisyyttä, mitä voi rinnastaa AA:n korkeampaan voimaan. Kolmanneksi he tulevat aineistossa esiin inhimillisenä toimijana, kun huolehtivat kaikkein heikoimmassa tilanteessa olevista päihdeongelmaisista tarjoamalla perushuolenpitoa. Toinen analyysissä vähemmälle huomiolle jäävä kolmannen sektorin merkittävä toimija on *Raittiusliike*. Se on kuitenkin pyrkinyt vaikuttamaan enemmän politiikkaan kuin päihdehoitoon ja olen tässä tutkielmassa tarkastellut pääsääntöisesti päihdehoitoon keskittyneitä kolmannen sektorin toimijoita. Toisaalta arvokeskustelulla on pyritty vaikuttamaan politiikan kautta myös hoitomuotoihin ja siinä mielessä *Raittiusliikkeen* voi nähdä jääneen paitsioon.

Toinen aineistossa mietityttävä seikka on *Alkoholipolitiikka*-lehden yhteys *Alkoon*. Lähinnä tämä askarrutti kirjoituksissa, joissa otettiin esiin päihdeongelmaisten mahdollisuus tavoitella hallittua alkoholin käyttöä. Tämä olisi myös *Alkon* etujen mukaista, kun tavoite vaikuttaa myös myyntiin. Toisaalta kirjoituksissa oli kuitenkin havaittavissa tavoitekeskustelussa kehityskaari, kun hallittu alkoholin käyttö sallitaan täysraittisuuden tavoitteen rinnalle. Vaikka Alko on lehden taustalla, näkyy 1970-luvun kirjoituksissa selvästi täysraittisuuden tavoitteen ihannointi ja ensisijaisuus. Aineistosta ei selvästi tule esiin, kuinka usein on mahdollista pyrkiä hallittuun alkoholin käyttöön. Se näyttäytyy tasaveroisena mahdollisuutena, mutta onko kuitenkin yleisempää pyrkiä täysraittuuteen. Ennen aineistoon perehtymistä ei itselläni ollut edes käsitystä, että täysraittisuuden rinnalla on hyväksytysti muitakin vaihtoehtoja.

Aineistoissa askarrutti eniten siis erilaisten toimijoiden huomioiminen, asemoituminen toisiinsa nähden sekä puolueettomuus. Toisaalta tutkimusartikkeleissa kuitenkin pyritään objektiivisuuteen ja eri toimijoita mainitaan. En näin jälkikäteenkään keksi sopivampaa puolueetonta aineistoa tähän tutkimusasetelmaan. Esimerkiksi päihdehuollon erikoislehti *Tiimi* on A-klinikkasäätiön julkaisema, mikä olisi vaikuttanut puolueettomuuteen ehkä enemmän.

### *Tutkielman ajallinen ulottuvuus*

Kaukonen (2002, 144–145) on myös luokitellut järjestöjen rooleja eri aikakausina 1800-luvulta 2000-luvulle. Hänen luokituksensa on hieman erilainen, mutta sisältää paljon samoja piirteitä kuin tämän tutkielman tulokset. Hänen luokituksessaan aatteellinen toiminta: valistus, keskustelu ja yhteiskunnallinen toiminta painottuvat ajanjakson alkupuolelle, ja lähempänä nykyaikaa painottuu kolmas sektori osana kunnallista peruspalvelujärjestelmää. Tähän väliin mahtuu palvelujen humanisointi vaihtoehtopalveluja kehittämällä, asiakastyön menetelmien sisällöllinen kehittäminen sekä päihdeongelmien politiikan määrittely. Hän mainitsee tarkastelevansa vain niitä kolmannen sektorin toimijoita, jotka tuottavat kunnallisia palveluita. Omassa tutkielmassani siis tulee esiin enemmän myös vertaistoimintaan perustuva toiminta, mikä on keskeinen osa kolmannen sektorin päihdepalvelua yhä edelleen.

Lisäksi ajallisesti Kaukonen (2002, 144–145) luokituksessa kolmannen sektorin toiminta sijoittuu aikaisempaan vaiheeseen kuin tässä tutkielmassa. Hän kuitenkin toteaa tarkkojen vuosilukujen ja yleistämisen olevan vaikeaa. Esimerkiksi ”Asiakastyön menetelmien sisällöllinen kehittäminen” sijoittuu hänen taulukossaan vuosien 1975–1984 välille, kun tämän tutkielman aineistossa se näkyy

enemmän vuosien 1980–1995 välillä. Omassa tutkielmassani myöhäisempään ajankohtaan vaikuttaa ehkä tutkimusartikkeleiden julkaisuajankohta. Tutkimusta tehdään menneistä asioista ja tutkimusartikkelit eivät kerrokaan kolmannen sektorin juuri sen hetkisestä tilanteesta vaan menneisyydestä. Toisaalta tutkimusartikkeleiden voisi luulla olevan aikaansa edellä, kun siinä esitellään käyttöönotettavia tai suositeltavia hoitomenetelmiä. Lisäksi tässä tutkielmassa tähän ajanjaksoon liittyy myös AA-ideologiaan perustuvan *Minnesota*-hoidon kehittäminen, mikä näkyy aineistossa 1990-luvun taitteessa. Vertaistukeen perustuvaa kolmannen sektorin toimintaa ei ole mukana Kaukosen jaottelussa.

Ajallisia eroavaisuuksia voi olla myös aineiston ja todellisuuden välillä. Niissä on voitu kirjoittaa esimerkiksi kehitteillä olevista hoitomuodoista, jotka eivät ole vielä käytäntöä, eivätkä välttämättä sellaiseksi päädykään. Esimerkiksi 1970-luvun artikkeleissa käsitellään paljon työpaikkojen hoitoonohjausta, missä yhtenä mahdollisuutena tukihenkilöiden käytöstä viitataan ulkomaisiin kokemuksiin. Aineistossa ei ole kuitenkaan viitteitä siitä, että tämä olisi tullut laajaan käyttöön työelämässä. Näillä seikoilla ei kuitenkaan ole merkittävää osuutta tutkielmassani. Tässä tutkielmassa kerrotaankin esiintyvien teemojen ajallisesta vaihtelusta ja tihentymistä aineistossa. Nämä eivät välttämättä näyttäydy todellisuuden kanssa yksi yhteen.

### *Ulottuvuuksien ja kategoriaparien verkosto*

Tutkielman ulottuvuudet menevät myös päällekkäin ja ristikkäin. Jokin piirre voi näyttäytyä useammassa ulottuvuudessa. Päihdeongelman näkeminen laajana ja myös henkilön historian huomioiminen määrittelyssä nähdään sairauden ideologian lisäksi inhimillisempänä kuin yksilön vastuuta korostava sairaustulkinta. Myös hallitun alkoholin käytön tavoitteen nähdään olevan inhimillisempi tavoite kuin täysraittius. Tähän liittyy myös hoidon yksilöllisyys. Kun Päihdeongelma nähdään monisyisempänä ja hoidon tavoitteet voivat olla erilaisia, niin myös hoito tulee räätälöidä yksilöllisemmin. Näin laaja ja yksilöllinen päihdeongelman konstruoinnin voi nähdä liittyvän kolmeen eri ulottuvuuteen: ideologiseen, inhimillisyyteen ja laadukkuuteen.

Laadukkuuden sijaan olisin voinut tarkastella yhtenä ulottuvuutena myös pelkän ammatillisuuden kautta kolmatta sektoria. Yksilöllisyyden korostaminen oli kuitenkin myös merkittävässä roolissa aineistossa, kun päihdehoidon laatua perusteltiin ja sen kautta vertailtiin kolmannen sektorin toimijoita, joten halusin sen mukaan analyysini. Lisäksi laadukkaana toimintana voi nähdä hoitomuotojen kehittämisen, minkä taas olen erotellut omaksi kokonaisuudeksi. Laadukkuudesta

olisi tullut liian laaja kokonaisuus, joten tämä oli selkeämpi pilkkoa omaksi ulottuvuudeksi. Nämä ulottuvuudet olisi voinut siis rakentaa toisinkin.

Ulottuvuuksien päällekkäisyyttä esiintyy myös epäinhimillisyydessä ja markkinaehtoisuudessa. Inhimillisen ulottuvuudessa kuvaan myös kolmannen sektorin epäinhimillisiä piirteitä, kuten asiakkaiden valikointia. Tämä tulee esiin myös markkinaehtoisena toimintana. Toisaalta epäinhimillisen valikoinnin kategoriaparina toimivaan solidaarisuuteen liittyy fyysistä perustarpeista huolehtimista, mikä taas näyttäytyy kategoriaparina psykososiaalisten hoitomuotojen kehittämiseksi. Näin eri kategoriaparit linkittyvät tiiviisti toisiinsa.

Tämä ulottuvuuksien ja kategoriaparien verkosto on hyvin monisyinen ja monimutkainen verkosto. Tämä vaikutti analyysin tekoon, kun kirjoitin tuloksia uudelleen ja uudelleen. Tutkielman valintoihin ei ole olemassa yhtä oikeaa ratkaisua. Luvussa viisi olen kuvannut sitä, kuinka itse lopulta jäsensin aineiston selkeimmäksi kokonaisuudeksi. Joku toinen olisi voinut tehdä toisin ja tehdä siitä laajemman tai toisaalta yksinkertaisemman. Mahdollisuus erilaisiin tulkintoihin ja jaotteluihin toisaalta kuvastaa hyvin sitä, kuinka kolmannen sektorin eri toimijoiden ominaisuudet hajaantuvat, eikä kolmatta sektoria voi niputtaa yhdenlaiseksi kategoriaksi. Kolmatta sektoria on hyvin vaikea määritellä selkeästi ja tyhjentävästi.

## 7.2 Kolmannen sektorin tulevaisuus päihdepalveluissa

Suomessa järjestötyö on laajaa ja kolmas sektori on merkittävä toimija päihdehoidossa. Vuonna 2010 asiakasmäärä kolmannen sektorin päihdepalveluissa oli 28000 asiakasta (Peltosalmi & Särkelä 2011, 155). Koskiahon ym. (1999, 281–282) mukaan sosiaalipolitiikkaa tulisi tutkia heikoimpien näkökulmasta. Tästä näkökulmasta tutkielma on sosiaalipolitiikan ytimessä, koska tutkielmassa keskitytään tarkastelemaan heikossa asemassa oleville päihdeongelmaisille tarjottuja hoitopalveluita. Joukkueurheilutermein sanottuna suomalaisen sosiaalipolitiikan tasosta kertoo se, kuinka hyvin kansalaisten heikoin lenkki voi eli tässä tapauksessa päihdeongelmainen.

Kolmannen sektorin toimijat ovat olleet merkittävässä asemassa päihdepalveluiden muutoksessa ja kehittämisessä. Ne ovat inhimillistäneet hoitoa vapaaehtoisuuden ja avohoidon periaattein, kun vielä 1960-luvulla päihdeongelmaisista hoidettiin enemmän vastentahtoisesti kuin vapaaehtoisesti. Tässä olivat mukana eri kolmannen sektorin toimijat. Lisäksi ainakin kristilliset järjestöt ja pienemmät huoltojärjestöt ovat pitäneet huolta kaikkein heikoimmassa asemassa olevien

perustarpeista. Murron (2011, 181) mukaan järjestöjen on kyettävä osoittamaan erityisyytensä huono-osaisimpien parhaimpina auttajina edelleen, niin arvoiltaan, vaikuttavuudeltaan kuin tehokkuudeltaankin. Kolmannen sektorin arvot ovat yhdenmukaiset kunnallisten toimijoiden kanssa, kun molemmat pyrkivät auttamaan kansalaisia ilman taloudellista voittoa, mutta kolmannen sektorin paremmuus löytyy joustavuudesta ja paneutuneisuudesta. Palveluiden tehokkuuden lisäksi on arvioitava elämän inhimillistämistä. Arvojen ja palvelujen inhimillistävä luonne tulisi edelleen olla keskeinen osa kolmannen sektorin päihdepalveluita. Aineiston mukaan arvopohjainen keskustelu näyttää hävinneen taka-alalle kolmannen sektorin toiminnassa. Toisaalta se kertoo vain aineistosta, mutta jos kolmannen sektorin ääni ei pääse esiin tutkimuksessa, sama tilanne voi olla muissakin julkaisuissa. Näin kolmannen sektorin rooli keskustelijana jää suurelta yleisöltä näkemättä ja kokematta.

Kolmannen sektorin toimijoilta löytyy monenlaista asiantuntijuutta päihdeongelmasta sekä kokemukseen että koulutukseen perustuvaa. Asiantuntijuuden ulottuvuudet voidaan jakaa tiedonhankintaan, kulttuuriin osallistumiseen ja tiedon luomiseen (Hakkarainen & Palonen & Paavola 2002, 451). Tietoa voi hankkia esimerkiksi koulutuksesta tai muilta asiantuntijoilta, kuten päihdepalveluiden ammattilaiset ovat tehneet. Kulttuurin osallistuminen sisältää työyhteisössä ajan kanssa kertyneet kokemukset. Päihdeongelmista toipuneelle tai päihdeongelmaisen lähiomaiselle on myös kertynyt paljon kokemusta ja tietoa päihdeongelmasta ja -palveluista. Heiltä löytyy sellaista tietoa ja kokemusta, mitä ei ilman päihdetaustaa voi saavuttaa yhtä syvällisesti. Tiedon luomiseen liittyy tiedon jakaminen eteenpäin. Tässä auttavat sekä tiedonhankintataidot että osallistuminen kulttuuriin. Näkisin, että nämä voivat eri henkilöillä painottua eri tavoin. Kouluttautuneet ovat saaneet työelämän kautta kokemusta kulttuurista tai toipunut päihdeongelmainen tai omainen on voinut hankkia syvällisen toipumiskokemuksen lisäksi koulutusta. Onnistuminen tiedon luomisessa ja eteenpäin jakamisessa on lopulta ratkaisevana, kun tarkastellaan työntekijän roolia ja asiantuntijuutta päihdeongelmaisten auttamisessa.

Kolmannelta sektorilta löytyy siis monenlaisia asiantuntijoita. Erilaisten toimijoiden hyväksyminen ja vastakkainasettelusta luopuminen edistäisi päihdeongelmaisen auttamista ja yhteistyön mahdollisuuksia. Tästä on viitteitä, kun on alettu puhua kokemusasiantuntijuudesta. Tämä kuvastaa sitä, kuinka hyväksytään myös kokemuksen ja esimerkin voima hoitotapahtumassa. Kokemusasiantuntija voisi muuttaa työtapoja ja -käytäntöjä. Toisaalta se voi jäädä myös työryhmän osallistujaksi, jota ei kuunnella. Tällöin kokemustietoa ei pystytä käyttämään hyväksi työn

kehittämisessä. Kokemusasiantuntijan roolia suhteessa eri toimijoihin tulisikin jatkossa tutkia tarkemmin. (Rissanen 2015, 209–215.) Vertaistoiminnassa tulisi hyväksyä ammattilaisten osaaminen ja pystyä tukeutumaan heihin tarvittaessa. Molemmilla toimijoilla on toisiaan täydentävä paikka päihdehoidossa.

Tulevaisuudessa valinnanvapauden lisääntyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa voi vaikuttaa kolmannen sektorin päihdepalveluihin. Yksityisten yritysten ryntäämistä tälle kentälle ei vielä ole nähtävissä, mutta valinnanvapauden lisääntyessä päihdeongelmaisen voi olla helpompaa valita kolmannen sektorin palveluita kunnallisten sijaan, jos sellaisia on tarjolla. Toisaalta tämä kehitys voi lisätä sellaista vastuuta, mitä päihdeongelmainen ei ole valmis kantamaan. Julkisten palvelujen käyttäjä on kuitenkin erilaisessa asemassa kuin yksityissektorilla toimiva asiakas, joka rahalla maksaa ja odottaa tuotteen vastaavan hintaa. Julkisella sektorilla ei ole kyse maksavan asiakkaan vallasta, vaan poliitikot ja ammatillaiset päättävät tarjottavista palveluista ja niiden laadusta. (Koskiahho ym. 1999, 270–271.) Valinnanvapaus ei ole samanlaista, kun verrataan itse maksettavia palveluita ja julkisesti rajoitettuja viimesijaisia palveluita.

Kolmannen sektorin toimijoilta on vaadittu muuntautumiskykyä uudenlaisten ongelmien edessä. Kolmas sektori tulee varmasti jatkossakin olemaan merkittävä toimija päihdepalveluissa. Integroituminen mielenterveyspalveluiden kanssa voi lisätä kunnallisia toimijoita jatkossa tai kolmas sektori saattaa laajentaa osaamistaan sille puolelle yhä enemmän. Päihdeongelmaisille annetaan yhä enemmän psykiatrista hoitoa (Kaukonen & Stenius 2005, 141–142). Tässä voi nähdä myös vaaroja. Mielenterveyden yhdistäminen päihdeongelmaan voi lisätä lääkkeiden käyttöä ja kallista laitoshoidoa. Tämä voi myös estää pelkästään päihdeongelmasta kärsiviä hakeutumasta hoitoon. (Stenius 2009, 211.) Järjestelmämuutosten tulisikin olla tutkittuja ja harkittuja, jotta riskejä pystytään välttämään haavoittuvien hoitotyössä.

Jatkossakin yhteiskunnallisella paineella ja rahoituksella tulee olemaan merkitystä kolmannen sektorin toimintaan ja kehitykseen. Huumehoitoon on suunnattu erityisiä varoja ja se näkyy myös aineistossa. Kuitenkin huumeiden käyttö on marginaalinen ongelma alkoholin käyttöön nähden. Alkoholin suurkulutus aiheuttaa edelleen eniten haittoja ja kustannuksia. Suurkuluttajien päihdehoitoon on suunnattava riittävästi varoja ja hoidosta tarvitaan uutta tutkimustietoa. Toisaalta AA:n asema puhtaasti päihdeongelmaan ja lähinnä alkoholiongelmaan keskittyneenä toimijana näyttää edelleen vahvalta merkittävältä toimijalta osittain sen itsenäisyydenkin vuoksi.



Kolmatta sektoria voisi tutkia jatkossa enemmän myös pienempien toimijoiden näkökulmasta. Kuinka ne pärjäävät kiristyvässä taloustilanteessa ja miten niitä voisi paremmin tukea toiminnassaan. Päihdehoidossa tarvitaan erityisryhmiin panostavia pienempiä toimijoita, kuten ensikotia, joissa erityisryhmät huomioidaan. Myös tutkimus- ja kehittämistoiminnan tukemista tarvitaan, jotta hoitoa voidaan päivittää vastaamaan uudenlaisia ongelmia.

## LÄHTEET

A-klinikan hoitopalveluiden www-sivut: <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/hoitomenetelmat>  
Viitattu 17.11.2015

Alasuutari, Pertti (1999) Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Alasuutari, Pertti (2007) Yhteiskuntateoria ja inhimillinen todellisuus. Helsinki: Gaudeamus Kirja.

Eronen, Anne & Hakkarainen, Tyyne & Londén, Pia & Peltosalmi, Juha & Särkelä, Riitta (2013) Järjestöbarometri 2013. Ajankohtaiskuva sosiaali- ja terveysjärjestöistä. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry.

Eräsaari, Risto (1995) Hyvinvointivaltion muodonmuutos. Teoksessa Eräsaari, Risto & Rahkonen, Keijo (toim.) Hyvinvointivaltion tragedia. Keskustelua eurooppalaisesta hyvinvointivaltiosta. Helsinki: Gaudeamus, 167–186.

Forsberg, Hannele & Ritala-Koskinen, Aino & Järviluoma, Helmi & Roivainen, Irene (1991) MCD-analyysillä moraalisen järjestyksen lähteille. Teoksessa Forsberg ym. (toim.) Sosiaalisia käytäntöjä tutkimassa. Tampere: Tampereen yliopisto, 111–121.

Hakkarainen, Kai & Palonen, Tuire & Paavola, Sami (2002) Kolme näkökulmaa asiantuntijuuden tutkimiseen. *Psykologia* 2002:6, 448–464.

Hakkarainen, Pekka (2002) Huume kulttuurin muutos ja huume kuolemat. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 110–136.

Hakkarainen, Pekka & Metso, Leena & Salosuo, Mikko (2011) Hamppuikäpolvi, sekä käyttö ja doping. Vuoden 2010 huume kyselyn tuloksia. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2011):4, 397–411.

Halonen, Ilkka (1978) Oppimisterapeuttinen näkökulma alkoholi-ongelman hoidossa. *Alkoholipolitiikka* 43 (1978):6, 304–312.

Halonen, Ilkka (1980) Jellinekin hevosenkenkä. Alkoholismin kehityskulkua esittävä kaavio. *Alkoholipolitiikka* 45 (1980):4, 165–172.

Harju, Aaro (2003) Yhteisellä asialla. Kansalaistoiminta ja sen haasteet. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Helander, Voitto (1998) Kolmas sektori. Turku: Gaudeamus.

Helne, Tuula & Laatu, Markku (2006) Johdanto: ”Hyvinvointipolitiikka ja sen vääryydet. Teoksessa Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.) Vääryyskirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Jayyusi, Lena (1984) Categorization and the moral order. Abingdon: Routledge & Kegan Paul.

Jayyusi, Lena (1991) Values and moral judgement: communicative praxis as a moral order. Teoksessa Button, Graham (toim.) *Ethnomethodology and the human sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 227–251.

Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (2012) *Kategoriat, kulttuuri ja moraali: johdatus kategoria-analyysiin*. Tampere: Vastapaino.

Järviluoma & Roivainen (1997) Jäsenkategorisoinnin analyysi kulttuurisena metodina. *Sosiologia* 97:1, 15–25.

Karjalainen, Jouko (2002) Vapaaehtoistyö huono-osaisuuden tunnistajana. Teoksessa Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Manderbacka, Kristiina & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Helsinki: Edita, 311–321.

Karlsson, Thomas & Kotovirta, Elina & Tigerstedt, Christoffer & Warpenius, Katariina (2013) *Alkoholi Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikkatoimet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 13/2013*.

Kaukonen, Olavi (2000) *Päihdepalvelut jakaantuneessa hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Tutkimuksia 107.

Kaukonen, Olavi (2002) *Päihdepalvelupolitiikka ja hyvinvointivaltion muutos*. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.) *Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa*. Helsinki: Gaudeamus, 137–166.

Kaukonen, Olavi (2005) *Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen*. *Yhteiskuntapolitiikka*: 70 (2005):3, 311–322.

Kaukonen, Olavi & Stenius, Kerstin (2005) *Universalism under re-construction. From administrative coercion to professional subordination of substance misusers*. Teoksessa Kildal, Nanna & Kuhnle, Stein (toim.) *Normative foundations of the welfare state*. New York: Routledge, 130–148.

Kinnunen, Aarne (2008) *Kriminaalipolitiikan paradoksi. Tutkimuksia huumausainerikollisuudesta ja sen kontrollista Suomessa. Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen julkaisuja 233*. Helsinki: Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos.

Kinnunen, Jaana M. & Lindfors, Pirjo & Pere, Lasse & Ollila, Hanna & Samposalo, Hanna & Rimpelä, Arja (2013) *Nuorten terveystapatutkimus 2013: Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2013*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiot 2013:16.

Koskiahho, Briitta & Nurmi, Johanna & Virtanen, Petri (1999) *Kansalaisen sosiaalipolitiikka. Kansalaisyhteiskunta ja hyvinvointivaltio 2000-luvulla*. Juva: WSOY.

Koskiahho, Briitta (2008a) *Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa*. Tampere: Vastapaino.

Koskiahho, Briitta (2008b) *Kuntalehti* 2008:18, 58.

Koskiahho, Briitta (2014) *Kumppanuuden sosiaalipolitiikkaa etsimässä*. *Setlementtijulkaisuja* 32.

Kuronen, Tanja (2015) *Hoivapommin purkajat*. Helsinki: Gaudeamus.

Kuusisto, Katja (2009) Päihderiippuvuudesta toipumisen eri reitit. Teoksessa Tammi, Tuukka & Aalto, Mauri & Koski-Jännes, Anja (toim.) Irti päihdeongelmista. Helsinki: Edita, 32–48.

Käypä hoito -suositusten www-sivut:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028> Viitattu 17.11.2015

Matthies, Aila-Leena (1996) Hyvinvoinnin sekatalous ja suomalaiset välittävät organisaatiot. Teoksessa Aila-Leena Matthies, Ulla Kotakari & Marianne Nylund (toim.) Välittävät verkostot. Tampere: Vastapaino, 11–29.

Matthies, Aila-Leena (1999) Ekonomistisen ja eettisen vuoropuhelu. Teoksessa Hokkanen, Liisa & Kinnunen, Petri & Siisiäinen Martti (toim.) Haastava kolmas sektori. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, 40–61.

Metso, Leena & Mustonen, Heli & Mäkelä, Pia & Tuovinen, Eeva Liisa (2002) Suomalaisten juomatavat vuonna 2000. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimus ja kehittämiskeskus.

Metso, Leena & Winter, Torsten & Hakkarainen, Pekka (2012) Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet. Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 17/2012.

Murto, Lasse (2002) Päihdehuollon suomalainen malli kansainvälistyvässä ympäristössä. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 167–192.

Murto, Lasse (2006) Ilkeät ongelmat haaste hyvinvointipalveluille. Teoksessa Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.) Vääryyskirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Murto, Lasse (2011) Kumppanuusyhteistyö kuntien ja järjestöjen palvelutoiminnassa. Teoksessa Pohjola, Anneli & Särkelä, Riitta (toim.) Sosiaalisesti kestävä kehitys. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, 168–184.

Mustonen, Heli & Metso, Leena & Paakkanen, Pirjo & Simpura, Jussi & Kaivonurmi, Maija (1998) Suomalaiset juomatavat 1968, 1976, 1984, 1992 ja 1996. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimus ja kehittämiskeskus.

Mustonen, Heli & Mäkelä, Pia & Metso, Leena & Simpura, Jussi (2001) Muutokset suomalaisten juomatavoissa: toiveet ja todellisuus. Yhteiskuntapolitiikka 66 (2001):3, 265–276.

Mustonen, Heli & Mäkelä, Pia & Huhtanen, Petri & Metso, Leena & Raitasalo Kirsimarja (2005) Alkoholia ostetaan ja tuodaan enemmän kuin koskaan. Mihin se katoaa? Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005):3, 239–251.

Mäkelä, Pia & Holmila, Marja & Kaukonen, Olavi (2002) Päihteet ja päihdepolitiikka. Teoksessa Kangas, Ilka & Keskimäki, Seppo & Manderbacka, Kristiina & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 101–122.

Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli & Tigrstedt, Christoffer (2010) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Möttönen, Sakari & Niemelä, Jorma (2005) Kunta ja kolmas sektori. Jyväskylä: PS-kustannus.

Möttönen, Sakari (2009) Ovatko järjestöt hyvinvointivaltion purkajia vai puolustajia? Yhteiskuntapolitiikka 74 (2009):1, 60–71.

Nikunen, Minna (2005) Surman jälkeen itsemurha. Kulttuuriset luokitukset rikosuutisissa. Tampereen yliopisto.

Nätkin Ritva (2006) Johdanto. Teoksessa Nätkin, Ritva (toim.) Pullo, pillerit ja perhe. Vanhemmuus ja päihdeongelmat. Jyväskylä: PS-kustannus.

Obstbaum, Yaira & Lintonen, Tomi & Aarnio, Jorma & von Gruenewaldt, Virpi & Vartiainen, Heikki & Mattila, Aino & Hakamäki, Sirpa & Viitanen, Päivi & Wuolijoki, Terhi & Joukamaa, Matti (2011) Päihdehaittojen laitostuotoisen kontrollin jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin säilön ja vankilan välillä 1985–2006. Yhteiskuntapolitiikka 76 (2011):1, 30–44.

Ollgren, Jukka & Forsell, Marja & Varjonen, Vili & Alho, Hannu & Brummer-Korvenkontio, Henriikki & Kainulainen, Heini & Karjalainen, Karoliina & Kotovirta, Elina & Partanen, Airi & Rönkä, Sanna & Seppälä, Timo & Virtanen, Ari (2014) Amfetamiinien ja opioidien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2012. Yhteiskuntapolitiikka 79 (2014):5, 513–523.

Palola, Elina (2011) Valinnanvapauden problematiikasta sosiaalipolitiikassa. Teoksessa Palola, Elina & Karjalainen, Vappu (toim.) Sosiaalipolitiikka. Hukassa vai uuden jäljillä? Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 283–309.

Partanen, Juha (2002) Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 13–37.

Peltosalmi, Juha & Vuorinen, Marja & Särkelä, Riitta (2009) Järjestöbarometri 2009. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Peltosalmi, Juha & Särkelä, Riitta (2011) Järjestöbarometri 2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.

Peräkylä, Anssi (1990) Kuoleman monet kasvot. Tampere: Vastapaino.

Piispa, Matti (1983) Alkoholipolitiikka-lehti: lukijakunta, käyttö ja vaikutukset. Alkoholipolitiikka 48 (1983):4, 208–213.

Poikolainen, Kari (1983) Alkoholismi. Teoksessa Peltoniemi, Teuvo & Voipio, Martti (toim.) Alkoholi ja yhteiskunta. Helsinki: Suomen Raittiusjärjestöjen liitto, 112–124.

Poikonen, Heidi (2013) Päihdehuollon lainsäädännöllinen kehitys. Oikeus 2013:4, 405–425.

Pyykkönen, Miikka (2013) Uusi kolmas sektori. Kansalaisyhteiskunnan tutkimusportaali: Sanasto. Jyväskylän yliopisto. <http://kans.jyu.fi/sanasto/sanat-kansio/uusi-kolmas-sektori> Viitattu 1.1.2016

Päihdehuollon huumeasiakkaat 2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126907/Tr17\\_FI.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126907/Tr17_FI.pdf?sequence=1) Viitattu 28.10.2015

Päihdetilastollinen vuosikirja 2012: Alkoholi ja huumeet. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103099/URN\\_ISBN\\_978-952-245-805-6.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103099/URN_ISBN_978-952-245-805-6.pdf?sequence=1) Viitattu 14.11.2013

Rimpelä, Arja & Rimpelä, Matti & Lintonen, Tomi & Rahkonen, Ossi & Räsänen, Minna & Pere, Lasse & Jokela, Jukka (2005) Vaikuttiko alkoholiveron alennus nuorten alkoholinkäyttöön? Suomen Lääkärilehti 2005:60, 2611–2617.

Rissanen, Päivi (2015) Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Helsinki: Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88/2015.

Ritala-Koskinen, Aino (1991) ”Kun on sinun, minun ja meidän lapset” - eli uusperhettä etsimässä. Teoksessa Forsberg ym. (toim.) Sosiaalisia käytäntöjä tutkimassa. Tampere: Tampereen yliopisto, 93–108.

Roivainen, Irene (1991) Kurssi kohti paikallisuutta – MCD-analyysin soveltamismahdollisuuksista yhdyskuntaa kuvailevan aineiston analysoinnissa. Teoksessa Forsberg ym. (toim.) Sosiaalisia käytäntöjä tutkimassa. Tampere: Tampereen yliopisto, 152–161.

Ronkainen, Suvi & Pehkonen, Leila & Lindblom-Ylänne, Sari & Paavilainen, Eija (2013) Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saarnio, Pekka (2009) Psykososiaalisen päihdehoidon tutkimus. Teoksessa Tammi, Tuukka & Aalto, Mauri & Koski-Jännes, Anja (toim.) Irti päihdeongelmista. Helsinki: Edita, 14–31.

Sacks, Harvey (1989) Harvey Sacks Lectures 1964-1965. Edited by Gail Jefferson. Dordrecht / Boston / London: Kluwer Academic Publishers.

Satka, Mirja (1995) Making Social Citizenship. Conceptual practices from the Finnish Poor Law to professional social work. Jyväskylä: Publications of Social and Political Sciences and Philosophy University of Jyväskylä.

Siisiäinen, Martti (1999) Sosiaalinen pääoma, valta ja kolmas sektori. Teoksessa Hokkanen, Liisa & Kinnunen, Petri & Siisiäinen Martti (toim.) Haastava kolmas sektori. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto, 10–39.

Stenius, Kerstin (2009) Jälkisanat: Järjestelmänäkökulma Suomen päihdehuoltoon. Teoksessa Tammi, Tuukka & Aalto, Mauri & Koski-Jännes, Anja (toim.) Irti päihdeongelmista. Helsinki: Edita, 209–212.

Stenius, Kerstin & Kekki, Tuula & Kuussaari, Kristiina & Partanen, Airi (2012) Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa. Yhteiskuntapolitiikka 77 (2012):2, 167–175.

Takala, Jukka-Pekka & Lehto, Juhani (1988) Suomen alkoholihoitoon kehitys ja ei-mediisininen malli. Sosiaalipolitiikka. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen julkaisuja.

Tammi, Tuukka (2002) Pitääkö huumeiden käyttäjää rangaista? Teoksessa Kaukonen, Olavi & Hakkarainen, Pekka (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 229–251.

THL Hoitopaikat. <http://www.thl.fi/tietokannat/hoitopaikat/index.html> Viitattu 12.2.2014

THL Alkoholin kokonaiskulutus.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet\\_ja\\_riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien\\_kulutus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet_ja_riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien_kulutus) Viitattu 19.2.2014

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf> Viitattu 29.4.2014

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Varjonen, Vili (2015) Huumetilanne Suomessa 2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Virtanen, Petri (2007) Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.

Välimaa, Outi (2011) Kategoriat ongelman selontekoina. Pitkäaikaistyöttömyydestä neuvottelemisen ja sen rakentuminen haastattelupuheessa. Tampere: Tampereen yliopisto.

Warsell, Leena (1998) Tavarat säätelevät sosiaali- ja terveyspolitiikkaa? Alkoholivalistus ja suomalainen alkoholimonopoli. Yhteiskuntapolitiikka 63 (1998):5-6, 481–487.

Weckroth, Antti (2007) Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa? Yhteiskuntapolitiikka 72 (2007):4, 426–436.

Yhteiskuntapolitiikka-lehden www-sivut:

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/ajankohtaista/lehdet/yhteiskuntapolitiikka/tietoa\\_lehdesta](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/ajankohtaista/lehdet/yhteiskuntapolitiikka/tietoa_lehdesta) Viitattu 28.1.2014

Ylikahri, Reino (1983) Terveysvaikutukset. Teoksessa Peltoniemi, Teuvo & Voipio, Martti (toim.) Alkoholi ja yhteiskunta. Helsinki: Suomen Raittiusjärjestöjen liitto, 104–111.

Österberg, Esa & Mäkelä, Pia (2008) Mitä vuoden 2004 alkoholiveron alennuksesta seurasi. Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes, 310–323.

## LIITTEET

### Liite 1.

VUOSI	KIRJOITTAJAT	ARTIKKELIN OTSIKKO
1970	Eero Tuominen & Klaus Mäkelä	Puolimatkantalo alkoholistien hoitomuotona
1971	Erkki J. Immonen	Ongelmajuoja työelämässä
1971	Erkki J. Immonen	Ongelmajuojan käsittely teollisuusyrityksissä
1971	Vilho Hämäläinen	Asunnottomien alkoholistien huolto ja hoito
1972	Lasse Murto & Rauno Mäkelä	Korvikealkoholistien tila ja kuntoutus
1973	Pirkko Sirén	Nuorten päihteiden käyttäjien hoitokodin perustamisongelmia
1973	Toivo Pöysä	Halusta se on kiinni
1973	Vilho Hämäläinen	PAV-lain mahdollisuuksista
1974	Eero Lahelma	Miten hoitoonohjaus työpaikoilta käsin on edennyt?
1976	Matti Virtanen & Eero Tuominen	Selviämisasemakokeilu
1976	Annikki Savio	Järvenpään sosiaalisairaala päihdehuollon toimintapisteinä
1976	Toivo Pöysä	Kokemuksia työpaikoilla tapahtuvasta hoitoonohjauksesta
1976	Pekka Kiviranta	Alkoholismin hoidon problematiikkaa I
1977	Pekka Kiviranta	Alkoholismin hoidon problematiikkaa II
1977	Achilles Westling	Päiväosasto alkoholistien hoitoyksikkönä
1978	Ilkka Halonen	Oppimisterapeuttinen näkökulma alkoholi-ongelman hoidossa
1978	Annikki Savio	Päihdehuollon tuloksellisuudesta
1978	Juhani Wiio	Raimo Juhanin tarina
1979	Ilkka Halonen	Dynaamisia prosesseja ja luonnollisia voimia
1979	Matti Virtanen	Tukihenkilö hoitomuotona
1979	Lasse Murto & Rauno Mäkelä	Asunnottomia alkoholisteja voidaan kuntouttaa
1980	Erkki J. Immonen	Viinakortin aika
1980	Toivo Pöysä	Päihdeongelmaisten hoitoonohjaus Suomessa ja Norjassa
1980	Ingalill Österberg	Hoitotulokset - onko niitä ja ovatko ne mitattavissa?
1980	Ilkka Halonen	Jellinekin hevosenkenkä



1980	Eero Tuomnen	A-Klinikkasäätiö toiminut 25 vuotta
1981	Eero Tuomnen	Juomisuran kehityksestä
1981	Pekka Kiviranta	Konsultoivan psykiatrin kokemuksia a-klinikalta
1981	Henrik Wallgren	Biolääketieteellisen alkoholitutkimuksen kehitys
1981	Kari Poikolainen	Kansanterveystieteellinen alkoholitutkimus
1981	Lasse Murto	Päihdehuolto ja tutkimus
1982	Martti Voipio	Raittiusliikkeen ja alkoholiliikkeen suhteet kuluneiden 50 vuoden aikana
1982	Nils Holmberg	Mitä päihdehuolto hoitaa I
1983	Erkki Kivalo	Terveystieteellinen ja alkoholipolitiikka
1983	Irmeli Järventie- Rauno Mäkelä	Taloustieteelliset, työttömyys ja päihdehuoltoon hakeutuminen
1983	Klaus Mäkelä	Elämäntapanaikokulma ja hoitotutkimukset
1983a	Jorma Niemelä	Uskonnolliset tekijät alkoholismien syissä ja hoidossa I
1983b	Jorma Niemelä	Uskonnolliset tekijät alkoholismien syissä ja hoidossa II
1983	Teuvo Peltoniemi	Turvakodit ja perheväkivalta
1984	Heikki Suhonen	Hoitoonohjauksen ideologiasta
1984	Klaus Weckroth	Subjekti, persoonallisuus, alkoholin käyttö
1984	Sakari Sariola	Fenomenologia ja alkoholi
1984	Klaus Mäkelä & Robin Room	Alkoholipolitiikka ja juopon oikeudet
1984	Pekka Kiviranta	Konsultoivan psykiatrin kokemuksia a-klinikalta II
1985	Pertti Hemánus	"Henkilökohtainen ongelma" joukkotiedotuksessa II .. Jäävuoren huippu julkinen
1985	Pertti Hemánus	"Henkilökohtainen ongelma" joukkotiedotuksessa I Yhteiskuntateoriasta A-klinikoiden kokemuksiin
1985	Simo Kokko	Mistä terveydenhuolto saa tehtävänsäntonsa? Pohdintaa terveydenhuollon alkoholihaittoja vähentävän toiminnan lähtökohdista ja ongelmista
1986	Nils Holmberg	Jalanjäljet miinakentässä Juoppoudesta ja juomattomuudesta
1986	Paavo Koistinen	Alkoholistin ura - onko sellaista?
1986	Pertti Alasuutari	Työmiehen elämänmuoto ja alkoholismi
1986	Ari Saarto	Työelämä ja päihteet
1987	Ritva Nätkin	Viina kolmantena pyöränä avioliitossa
1987	Heli Nieminen	Alkoholi mielenterveysasemalle soittoon hakeutuneiden naisten ongelmiana

1987	Merja Hurri	Köyhien terapiaa
1987	Jouni Tourunen	Ensi kertaa katkaisuhuitoon hakeutuneiden miesten elämäntilanne
1987	John David Sinclair	Opiaattien käyttö alkoholistien hoidossa
1987	Ilkka Halonen	Kohtuus ja kontrolli eli onko tilaa alkoholismiin ja abstinenssin välissä?
1987	Salme Ahlström & Kari Haavisto	Alkon lakon vaikutus katkaisuhuitoasemien asiakasmääriin keväällä 1985
1988	Matti Piispa	Onko raittiustyöstä mihinkään? Lehdistön kuvastimessa 1952–1984
1988	Tarja Halonen & Ari Saarto & Tapani Sarvanti	Monipuolinen näkökulma alkoholipolitiikkaan
1988	Marita Hyttinen & Oili-Helena Ylijoki	Tarinoita Askosta
1988	Anja Koski-Jännes & Jan Johansson	Mihin Suomessa retkahdetaan?
1989	Anja Sirén - Rauno Mäkelä	Hoitoon tulo ja hoitoon kiinnittyminen
1989	Marja Holmila	Miksei juoppo ole myös hoidon suurkuluttaja?
1990	Kari Haavisto & Kalervo Koskela	AA-ryhmät ja AA-palaverit Suomessa
1990	Pertti Alasuutari	Raittiusaate ja alkoholismi
1990	Rauno Mäkelä & Anja Sirén	Juominen väheni, mutta hoitosuunnitelma ei toiminut
1990	Jari Lausvaara	Hoidon eksistentiaalis-hengellinen ydin Minnesota-mallissa
1990	Jorma Niemelä	Viinasta vapautuminen ja retkahdusten torjuntakeinot uskoon tulleilla alkoholisteilla
1991	Klaus Mäkelä	AA-liike yhteiskunnallisena liikkeenä
1991	Iiris Aaltonen	AA:laisten naisten ja miesten kirjoitusten vertailu
1991	Sirkka-Liisa Säilä	Päihdepalvelujen saatavuus
1991	Keijo Piirainen	Huoltolan jälkeen
1992	Klaus Mäkelä	AA:n 12 askeleen ohjelma ja muut kuin alkoholiin liittyvät elämänongelmat
1993	Olavi Kaukonen	Raittiusjärjestöjen tulevaisuus
1993	Olavi Kaukonen	Korvike- ja liuotinaineita käyttävät sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaat 1991
1993	Sirkka-Liisa Säilä	Hoitoonohjaus työpaikoilta
1993	Marja Holmila	Alkoholistin läheiset
1994	Kerstin Stenius	Markkinaperspektiivi Suomen ja Ruotsin päihdehuoltoon
1994	Jukka Salomaa	Alkoholiehtoisessa lastensuojelussa voimakkain kasvu 1980-luvulla
1994	Nils Holmberg	Vapauden kaiho
1994	Ilkka Arminen	AA-retoriikan kuvat
1995	Tarja Kallio	Alkoholiriippuvuus, psyykkiset oireet ja hoitopalveluiden käyttö

1995	Antero Puhakka	Hoitoonohjaus rangaistuksena hoitoon ohjattujen kokemusten valossa
1995	Nils Holmberg	Samastumisprosesseista ja alkoholiongelmien hoidosta
1995	Nils Holmberg	Kenen joukoissa seisot
1995	Seppo Toiviainen	Toiminnan teoria alkoholismien ansa
1996	Seppo Toiviainen	Kuiva juoppokulttuuri
1996	Teemu Tiensuu	Päihdehuollon kuntoutuslaitosten lamastrategiat
1996	Olavi Kaukonen & Kari Haavisto	Päihdetapauslaskenta vuonna 1995
1996	Pekka Hakkarainen & Kristiina Kuussaari	Erikoistunut huumehoito: Palvelurakenne ja huumehoidon järjestelmä
1997	Pekka Saarnio & Pia Mäkelä	Tutkimus alkoholistien kuolleisuudesta
1997	Vesa Talvitie	Päihdehuollon erityispalvelujen ja päihde-ehtoisen asioinnin muutokset Helsingissä 1990-luvulla
1997	Kari Haavisto & Olavi Kaukonen & Yrjö Nuorvala & Jorma Niemelä	Puitteet paperista - raamit rahasta Kymmenen vuotta päihdehuoltolakia - Mikä on muuttunut?
1998	Pentti Karvonen	Heronistien benedictus-kolmoishoito
1998	Tarja Kallio	Rangaistusta vai hoitoa?
1999	Marja Holmila-Jussi Simpura	Paikalliset ajattelukehykset ja päihdehaittojen ehkäisy
2001	Mikko Alavaikko	Alkoholi- ja huumeekenttien muutokset paikallisesta näkökulmasta
2001	Ilkka Arminen & Riikka Perälä	Myllyhoidon moniammatillinen tiimi ja päihdeongelmaisten muokkaminen alkoholisteiksi
2002	Jussi Suojarasalmi & Olavi Kaukonen	Kanta-asiakas ilman bonuskorttia Päihdepalveluiden suurkuluttajat Kurvin Huumepoliklinikalla vuosina 1998–2000
2002	Mikko Salaspuro	Pentti Karvosen opiaattiriippuvuuden hoitomalli tieteellisen näytön valossa
2002	Airi Partanen & Juha Partanen & Päivi Partanen	Ensi kertaa huumehoitoon hakeutuneet vuosina 1998 ja 2000
2002	Pekka Saarnio	Miehet ja naiset päihdehoidossa: Kolme empiiristä tutkimustulosta
2003	Tarja Kallio	Pystyvyyssodotukset, hoito ja alkoholin käytön hallinta
2004	Katja Kuusisto	Spontaani toipuminen alkoholiongelmasta
2005	Olavi Kaukonen	Torjunta vai poisto? Päihdepalvelujen kehitys laman jälkeen
2006	Pekka Saarnio & Vesa Knuutila	Tutkimus päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofiileista
2006	Marja Holmila & Katariina Warpenius & Christoffer Tigerstedt	Paikallisten alkoholihaittojen ehkäisyn tila ja tulevaisuus
2007	Antti Weckroth	Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa?

2007	Riikka Perälä	Huumeidenkäyttäjien tulkintoja ongelmistaan ja niihin kohdistuvista sosiaali- ja terveystoimen palveluista
2008	Marja Holmila & Marjatta Bardy & Petra Kouvonen	Lapsuus päihdeperheessä ja kielteisen sosiaalisen perimän voittaminen
2008	Yrjö Nuorvala & Petri Huhtanen & Raija Ahtola & Leena Metso	Huono-osaisuus mutkistuu – kuudes päihdetapauslaskenta 2007
2009	Jouni Tourunen, Tuuli Pitkänen, Outi Harju-Koskelin, Anitta Häkkinen & Antti Holopainen	Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi
2009	Helmi Mäki	Muutos päihdehuollossa 1970-luvulla
2010	Riikka Perälä	Sosiaali- ja terveyspalveluiden uusi neuvoteltu järjestys Esimerkki kuntien ja kristillisten päihdejärjestöjen välisestä yhteistyöstä suomalaisissa kunnissa
2010	Katja Kuusisto	Kolme toipumisreittiä
2011	Yaira Obstbaum, Tomi Lintonen, Jorma Aarnio, Virpi von Gruenewaldt, Heikki Vartiainen, Aino Mattila, Sirpa Hakamäki, Päivi Viitanen, Terhi Wuolijoki & Matti Joukamaa	Päihdehaittojen laitospuolitoisen kontrollin jakautuminen sosiaali- ja terveydenhuollon, poliisin säilön ja vankilan välillä 1985–2006
2012	Kerstin Stenius, Tuula Kekki, Kristiina Kuussaari & Airi Partanen	Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatio – kirjava käytäntö Suomen kunnissa
2012	Katja Kuusisto & Pekka Saarnio	Päihdehoidon toimivuus yleisten tekijöiden valossa
2012	Tanja Hirschovits & Marjo Pennonen	Ammattilaisten ja kansalaisten mielikuvat omaehtoisesta toipumisesta ja hoidon tuottamasta lisäarvosta eri riippuvuuksista toivuttaessa
2012	Kristiina Kuussaari, Jenni-Emilia Ronkainen, Airi Partanen, Olavi Kaukonen & Helena Vormo	Kuntoutuksesta katkaisuun Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana
2012	Ava Numminen	Musiikki, tanssi, runot ja mopon rassaus - kulttuuriaktiviteetit päihteiden torjunnassa
2013	Matti Piispa	Miten valistus voi vaikuttaa? Tapaustutkimus Lasten seurassa -ohjelmasta
2013	Pekka Saarnio	Miesalkoholistien kuolleisuus laitoshoidon jälkeen Tulokset kahdenkymmenennelljän vuoden seurannasta

Liite 2.

Artikkelin otsikko	Vuosi	Toimija	Tavoite	Tehtävä	Kohde
Asunnottomien alkoholistien huolto ja hoito	1971	eräät huoltojärjestöt, ensisuojaajat	inhimillisyys	majoituspuolen järjestäminen, palveluinformaatio, etsintähuolto	asunnottomat alkoholistit, korvikealkoholistit
Pekka Kuusi ja Alkon nykypolitiikan juuret	1982	Alko ja kansalaisjärjestöt yleisesti	haittojen vähentämien, muuttaa mielipideilmasto mietoja suosivaksi	politiikkaan vaikuttamalla, valistuksen laajentaminen	yleinen mielipide, kansa
Vastuu ihmisestä työyhteisössä -projektin vaikutukset ja vastaanotto	1992	kaupungin raittiustoimisto	yhteisövastuun lisääminen, hoitoonohjauksen tehostaminen	tietoa jakamalla (koulutus), taitoja kehittämällä ja asenteita muuttamalla	työpaikat
Myllyhoidon moniammatillinen tiimi ja päihdeongelmaisten muokkaaminen alkoholisteiksi	2001	myllyhoito, moniammatillinen tiimi, AA	täysraittius, pyrkimys saattaa potilaat AA:han jatkohoitoon	hoitoprosessin seuraaminen, potilaskohtaisten hoitosuositusten laatiminen, jatkohoitosuunnittelu	potilas, asiakas, alkoholisti, narkomaani ja sekakäyttäjät

